

EUREKA

Digital

16-2006

VITENSKAPSTEORETISKE ASPEKTER OG  
ETISKE VURDERINGER I EN  
UNDERSØKELSESSITUASJON

Høgskolelektor Helen Egestad

Høgskolen i Tromsø

**EUREKA DIGITAL 16-2006**

**ISSN 0809-8360**

**ISBN-13:978-82-7389-112-9**

**ISBN-10:82-7389-112-7**

### Innledning:

Ulike vitenskapsteoretiske retninger legger føringer på hvordan man forstår kunnskap og kropp. Jeg vil her legge fram grunnleggende teoretiske perspektiver med relevans til radiografi.

Jeg vil ta utgangspunkt i en fenomenologisk studie der jeg rettet fokus mot kreftpasienters erfaringer (Egestad 2003). I studien frambringer kvinner som lever med alvorlig kreftsykdom sine tanker om å være kreftpasient. Søkelyset var mot kvinnenes opplevelser fra møtene med radiologisk avdeling. Bakgrunnen var at jeg som radiograf hadde til hensikt å få fram ny kunnskap som andre radiografer kunne ta del i. Funnene i undersøkelsen viser blant annet at pasientene ser røntgensituasjonen i sammenheng med sin livssituasjon som kreftsyke. De uttrykker at å være til undersøkelse er en sterk følelsesmessig opplevelse for dem. Hvordan radiografen møter dem i denne spenningssituasjonen er svært viktig. Dette aspektet ønsker jeg å diskutere.

Jeg ønsker å omhandle etiske aspekter i radiografens yrkesutøvelse som innvirker på hvordan pasienten opplever situasjonen. Bakgrunnen til at jeg vil vektlegge dette er at min studie tyder på at radiografene bør få bedre innsikt i de uheldredelige sykes spesielle behov. Dette er i tråd med Haldings (2003) studie der hun ser nødvendigheten av at de kreftrammedes situasjon og opplevelsesdimensjon synliggjøres for å bedre kreftomsorgen.

Møtet mellom radiograf og pasient er et kroppslig møte. Pasientens kropp er utgangspunktet for relasjonen og radiografens kropp utfører handlingene med apparaturen og med pasienten. Min interesse retter seg mot hvordan pasienten opplever de kroppslige samhandlingene. Jeg ønsker å ta utgangspunkt i en pasientuttalelse som fokuserer på hvor forskjellig pasientens opplevelser er avhengig av hvordan yrkesutøverne utfører undersøkelsen. Selv om prosedyren er den samme kan pasientens opplevelse være forskjellig fra den ene gangen undersøkelsen utføres til neste gang. Jeg vil rette søkelyset mot ”gode” og ”mindre gode” møter for pasienten som er til røntgenundersøkelse. Møtene vil jeg drøfte ved å trekke inn hvordan radiografens menneskesyn og kroppssyn kan få betydning for radiografens handlinger.

Spørsmålet jeg vil belyse er:

*Hvordan kan radiografens kroppssyn og menneskesyn komme til uttrykk i yrkesfaglige handlinger?*

Først vil jeg redegjøre for kroppssyn, menneskesyn og kunnskapssyn i positivisme og fenomenologi. Dette vil jeg gjøre ved å beskrive fenomenologi og hermeneutikk som er studiens vitenskapsteoretiske forankring. Deretter beskrives en kreftsyk kvinnes uttalelse som drøftes opp mot grunnleggende menneskesyn og etikk.

### Kroppssyn og kunnskapssyn i positivismen og fenomenologien.

En og samme virkelighet kan alltid beskrives ut fra ulike perspektiver, derfor må jeg som forsker beskrive mitt perspektiv og min posisjon. Dette har betydning for hva slags kunnskap som framkommer. Hvordan en forstår mennesket vil være viktig både for klinisk praksis og for hvordan en stiller forskerspørsmål, og dermed også hvilke svar en får.

Først vil jeg redegjøre for kreftpasientens livsverden ved å ta utgangspunkt i fenomenologien. Fenomenologi kan beskrives som "læren om det som kommer til syne og viser seg" (Thornquist 2003). Filosofen Husserl (1859-1938) søkte å forstå kunnskap og studere bevisstheten. Vi må ta utgangspunkt i bevisstheten for å forstå verden, mente Husserl. Oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfares for mennesket. Når noe kommer til syne, kommer det til syne for *noen*. Objektet – det som viser seg, og subjektet – noen, forutsetter hverandre på en opprinnelig måte. Fenomenologien representerte et brudd med en epistemologisk dualisme som forutsatte et skapt skille mellom subjekt og objekt (Thornquist 2003). I fenomenologien er grunntanken at vi som mennesker er i verden, "vår væren-i-verden". Bindestrekene mellom ordene antyder vår grunnleggende tilhørighet til verden, vi er en del av verden. Den verden vi lever i til daglig, som vi har fortrolighet til og erfaring med, defineres i fenomenologien for "livsverden". Livsverden beskrives som menneskets primære erkjennelsesform (Thornquist 2003). Et menneskets livsverden er den verden mennesket ikke forholder seg undersøkende, reflekterende eller analytisk til. Livsverden dreier seg om vår daglige verden som vi tar for gitt uten reservasjon og med grunnleggende tillit.

Livssituasjonen for kreftpasienten med uhelbredelig sykdom kjennetegnes ved en eksistensiell kamp grunnlagt i den levde kroppen. Denne kampen er sentral i lidelse og forandrer menneskets være-i-verden slik at verden for den som lider fremtrer på et annerledes sett enn tidligere i livet. Kreftpasientens livsverden vil bestå av blant annet lidelse, lindring, eksistensiell angst, trøst, glede og sorg på en annen måte enn tidligere i livet før den alvorlige sykdommen var en realitet (Øhlen 2000). Livsverden er et helhetsperspektiv på hvordan det er mulig å forstå en kreftsyk persons opplevelser. Helheten er i dette synet ikke et begreppssystem som noen utenfor kan betrakte og anlegge eller tilføre den syke personen, men i stedet for det som viser seg i personens livsverden. I livsverdensperspektivet er helheten en grunnleggende helhetsforståelse av menneskelig virkelighet med utgangspunkt i at mennesket er kroppslig. Livsverden gir således retning til forståelse av kreftsykes opplevelser av hvordan de erfarer møtene med radiografer og røntgenundersøkelsene.

For å få innsikt i kreftsyke kvinners erfaringer fra radiologisk avdeling tok jeg et kroppsfenomenologisk utgangspunkt. Merleau-Ponty (1994) vektlegger kroppen som sentrum for all erfaring og erkjennelse. Han kritiserer Husserl for at han kun tar utgangspunkt i bevisstheten. Det er som kroppslige subjekt mennesker eksisterer og deltar i verden. Det er som kroppslige vesener vi tenker og snakker. I kroppsfenomenologien er kroppen noe vi har og noe vi er. Kroppen er både objekt og subjekt, men vi kan aldri flytte oss bort fra den, den er for oss vedvarende og nærværende. Kroppen er alltid erfarende subjekt for oss, aldri bare et objekt (Thornquist 2003). Merleau-Ponty sier at mennesket har tilgang på verden gjennom persepsjon og handling. Kroppen er tvetydig, det er via kroppen en har tilgang til verden, samtidig som kroppen selv er en del av verden. Dette er sentralt i det å være menneske, en kan selv se og en kan bli sett av andre. Å være kropp og ha kropp er et grunntrekk i den fenomenologiske tradisjonen, mens i den kantianske blir kroppen sett kun på som en fysisk organisme.

Forskere innen helsefag har vanligvis forsket på kroppen hovedsakelig som om kroppen kun var biologi (Thornquist 1988). Forskning om sjelelige opplevelser er ofte avgrenset til psykiske reaksjoner og opplevelser. I begge tilfeller har forskningen vært utført som om mennesket består av to adskilte deler, kropp og sjel. Kroppen som meningsbærende enhet har delvis vært et fraværende element i kunnskapsoppbygging innen helsefag. I radiografien er den indre kroppen framstilt som en rekke organer som er plassert i forhold til hverandre.

Selve kroppen kan i prosedyrer omtales som om den skal plasseres eller porsjoneres i bestemte stillinger for å få framstilt indre organer. Det er som kroppslig subjekt mennesker eksisterer og deltar i verden, kroppen er sentrum for erfaring og erkjennelse. Vi oppfatter verden gjennom vår bevissthet. Kroppen er en erfarende materie. Levd erfaring og levd liv har en kroppslig forankring. Vi eksisterer like mye som kroppslige subjekt, og vi erfarer oss selv gjennom vår kropp. Å fokusere kroppslig blir dermed en vei å forstå hvordan en kvinne erfarer røntgenopplevelser. Som tidligere nevnt var mitt utgangspunkt i prosjektet å frembringe ny viten fra kreftsykes møter med radiografer. Bakgrunnen var at jeg ble oppmerksom på min manglende innsikt i de kreftsykes erfaringer ved at jeg som pårørende fikk innblikk i helsevesenet fra en annen synsvinkel enn yrkesutøverens.

Hvordan en ser på erfaringens betydning for kunnskapserving er ulikt i fenomenologien og i positivismen. Erfaring vil være viktig for hvordan en oppfatter kunnskap. Erfaring som begrep defineres annerledes i fenomenologien, enn i andre vitenskapsfilosofiske retninger (Bengtsson 1993). Empiristene/positivistene ser erfaring som leder til kunnskap som noe som er utenfor mennesket, som mennesket passivt kan "få". Denne erfaringen blir vektlagt på en bestemt måte, erfaring dreier seg om det observerte, det som kan telles, veies og måles. Annen erfaring nedtones og anses ikke som viktig i kunnskapssammenheng (Fjelland og Gjengedal 1995). Kunnskap ses innenfor denne tradisjonen som det målbare, det som kan tallfestes.

Positivistene ser verden som naturen, både verden og naturen har en indre stabil struktur som eksisterer uavhengig av menneskets persepsjon. I den vitenskapelige tilnærmingen til mennesket og sykdom betraktes kroppen som materie. Kroppen anses som erfaringsløs og blir sett på som en "ting". På denne måten blir kroppen delt i to, i kropp og i sjel. Kropp og sjel oppfattes som om de er uavhengige av hverandre. I denne kartianske tradisjonen blir kroppen et subjektløst objekt. Denne tradisjonen har et dualistisk kroppssyn, Descartes beskrev kroppen i den fysiske verden og sjelen eller bevisstheten i den ikke-materielle verden.

Helsepersonells kunnskapssyn har i hovedsak vært tuftet på det vestlige kunnskapssyn da dette synet har vært og delvis er rådende innenfor medisinen. Allmenngyldig kunnskap fremstår som lovmessig og nøytral (Johannessen 2001). Innenfor dette paradigme er teorien generell og objektiv og forskning er basert på eksperimenter og observasjon. Vitenskapens rolle er å oppdage og forklare virkelighetens struktur. De logiske positivistene hevdet at alle teorier og begreper skulle bygge direkte på entydige og sikre observasjonsutsagn. Disse skulle

være en direkte gjengivelse av sansedata (Guneriussen 1996). Objektive data betegnes som kvantitative data som kan telles og settes tall på (Stryhn 1995).

Innenfor positivismen ses vitenskapelig kunnskap som kunnskap som fremkommer gjennom forskning. Forskningen bygger i hovedsak på eksperimenter eller observasjon. Data som fremkommer er forutsetningsløse, reduksjonistiske. Dette hevder positivistene gir nøytral/verdifri forskning. Et sentralt trekk ved positivismen er tesen om enhetsvitenskapen (Thornquist 2003). Naturvitenskapen betraktes som det metodologiske ideal for samfunnsvitenskapene (Kvale 1998).

Radiografene viser sin fagkunnskap i praksissituasjoner. Praksiskunnskapen er sammensatt og består av en teoretisk og en praktisk type kunnskap. Molander (1998) henviser til Nordenstam som deler kunnskapsaspektet inn i teorikunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap (Molander 1998). Flere teoretikere beskriver ulike former for kunnskap og sier at praksiskunnskap er sammensatt (Molander 1998, Thornquist 1998, Polanyi 2000). Molander (1998) beskriver den vestlige verdens vitenskapelige kunnskapstradisjon. Her er vitenskapelig kunnskap forenelig med teoretisk kunnskap. Den består av et dualistisk subjekt-objektforhold der kunnskap om noe er adskilt fra subjektet. Radiografens kunnskapsbase er hovedsakelig fra naturvitenskapelige emner og vil være grunnmuren som yrkesutøvelsen bygger på. I radiografutdanningen tilrettelegges undervisningen om ulike fag og emner, blant annet anatomi, fysikk og strålebiologi. I yrkespraksis kan hovedfokus rettes mot produktet, å fremskaffe et optimalt røntgenbilde. Pasientene omtales som "ting", som kroppsdeler eller som undersøkelser. Dette kommer til uttrykk når radiografene sier: "Det kneet som venter" eller "vi har to CT caput på gangen".

Molander (1998) definerer kunnskap i et videre perspektiv enn i vestlig kunnskapstradisjon. Han beskriver kunnskapsbegrepet som noe aktivt, ingen kunnskap er helt taus. Å ha kunnskap er en "tilstand". Kunnskap ses som noe som er aktivt i bruk, er en tilstand som sitter i kroppen, som sitter i håndlaget. Han hevder at kunnskap er kunnskap i *bruk*, i anvendelse og ikke bare en form for representasjon, ikke bare som et bilde i bevisstheten. Kunnskapen sitter i kroppen. Kunnskapen sitter i håndlaget og i de vurderingene som gjøres. Her er en overbevist om at kunnskap er kunnskap-i-handling, kunnskapen er levende i verden og har

forankring i levende tradisjoner. I den praktiske kunnskapstradisjonen er dialogen sentral, og i kunnskapsutøvelsen inngår å leve *med* for eksempel teknikk og pasient på samme tid.

En kort oppsummering med tanke på ulike forståelser innen fenomenologien og positivismen viser at erfaring, menneskesyn, kroppssyn og kunnskapssyn ses på ulike måter. I positivismen ses erfaring som noe passivt. Erfaring anses som det observerbare, det målbare, det som kan veies og telles. Mennesket ses som to atskilte deler, kroppen og sjelen. Kroppen tilhører den fysiske verden, sjelen eller bevisstheten er i den ikke-materielle verden. Kroppen ses som en ting, som et objekt. Kunnskapssynet i positivismen er at kunnskap er atskilt fra subjektet, kunnskapen handler *om* ulike ting. Kunnskapen er generell og formuleres i ord. Vitenskapelig kunnskap framkommer som oftest gjennom eksperimenter eller observasjon. Positivistene mener at dette gir nøytral og verdifri forskning.

I fenomenologien er en opptatt av hvordan fenomenene fremtrer for subjektet. Mennesket skaper sin verden, derfor beskrives erfaring og mening. Erfaring anses som kilder til kunnskap, erfaring ses som noe aktivt. Fenomenologien forstår mennesket som handlende, tenkende, tolkende, historiske, kulturelle og som biologi. Kroppen er noe vi har og noe vi er og ses som erfarende materie. Kroppen er sentrum for all erfaring. Kunnskap ses som noe aktivt, noe som er i bruk, kunnskap er en tilstand. Kunnskapen vises i håndlaget. Innenfor fenomenologien avpasses forskningsmetodene mot de fenomenene en skal undersøke. I min studie ønsket jeg å få fram vitenskapelig kunnskap ved å få innsikt i menneskets tanker. Ut fra at min kunnskapsforståelse er i tråd med fenomenologisk forståelse av kunnskap ble det naturlig for meg å innta en fenomenologisk/ hermeneutisk posisjon i mitt prosjekt.

Hermeneutikk er vitenskapen om tolkninger. Hermeneutisk tilnærming handler om at jeg forstår gjennom tolkning og refleksjon. Heidegger (1889-1976) og Gadamer (1900-2002) redegjør for de grunnleggende forutsetninger for forståelse. Dette kalles for hermeneutikkens ”ontologiske vending”. De understreker at vi er ”mennesker som er i verden som forstående og fortolkende historiske vesener” (Thornquist 2003). Vi forstår ved at vi har en forforståelse og vår forståelse av helheten bygger på forståelse av delene og delene ut fra vår forståelse av helheten. Dette beskrives som ”den hermeneutiske sirkel” (Gulddal og Møller 1999).

Vilkårene for den vitenskapelige forståelse og begrepet mening er sentrale tema i

hermeneutikken (Johannessen 2001). Ricoeur (1999) forener fenomenologi og hermeneutikk ved at i fenomenologien rettes bevisstheten mot ”noe” og i hermeneutikken blir dette ”noe” fortolket.

#### Uttalelse fra en pasient:

Denne uttalelsen som jeg vil presentere kommer fra en kreftsyk kvinne som lider av uhelbredelig gynekologisk kreftsykdom. Hun er i midten av 30 årene. Når jeg møter henne har hun mange kroppslige plager og mye smerter. Hun er tydelig preget av sykdommen. Hun ligger i sin sykehusseng og vil gjerne samtale med meg om hvordan hun opplever å være kreftsyk og møtet med helsevesenet. I samtalene med henne framkommer at hun har levd med sykdommen i 5 år. Hun er operert flere ganger og har fått mange cellegiftkurer. Som kreftpasient har hun vært uttallige ganger på radiologisk avdeling til ulike røntgenundersøkelser.

Hun sier:

*Å gå på røntgen. Du er så forbasket naken.*

*Du er så overgitt til de andre.*

*Det der å ta klyster.. Jeg vet at det har blitt satt klyster på meg hvor jeg nesten har fått tårer i øynene for at noen kan gjøre det på en sånn vakker og behagelig måte.*

*Mens andre bare kjører inn den der slangen sånn at det er som...å få den inn og la oss få det overstått. Akkurat som om det rompehullet er det ekleste som er. Og...der har du kontrasten altså.*

#### Drøfting av pasientens uttalelse:

Pasienten beskriver hvilken forsvarsløs situasjon hun er i, naken og sårbar. Hun har vært igjennom samme prosedyre flere ganger og reflekterer rundt de ulike erfaringene. Følelsen av varme og å bli ivaretatt står i sterk kontrast til opplevelsen av å føle seg ”tingliggjort”. Hun beskriver den utrolig viktige rollen radiografen har, der hun/han med omtanke kan gjøre undersøkelsessituasjonen til en vond eller til en god opplevelse for pasienten. Hennes takknemlighet kommer fram når hun beskriver klystersettingen som utføres med medfølelse og varhet. Pasienten har opplevd at personalet har tatt hensyn til henne, har vært så forsiktig at



hun er blitt rørt av omtanken. Personalet har hatt oppmerksomheten rettet mot pasienten som medmenneske og hennes situasjon. Radiografen samarbeider og går inn i en vekselvirkning med pasienter og apparater *samtidig*. Ved å være trygge i forhold til teknikken kan radiografen formidle ro og trygghet til pasienten. Den kompetente radiografen har kunnskap om menneskene og apparatene og har erfaring i å møte ulike mennesker. Dette vises når yrkesutøveren har utvist varhet og fått pasienten til å føle seg vel selv om pasientens har vært i en særdeles sårbar situasjon hvor hun har måttet blottstille sitt underliv.

Etikken vises i alle våre handlinger, den er konkret og nærværende i situasjoner (Knudsen 1998). Når den andres liv er prisgitt oss vil det kreve av oss å gjøre den andres liv blir så rikt som mulig i følge Løgstrup (2000). Etikken er en integrerende del av menneskelivet, ved å forholde oss til et annet menneske utleverer vi oss, og det kan oppstå et maktspekt. Da krever det av oss at vi tar vare på det av den andres liv som er utlevert oss, men den sier ikke hva den andre er best tjent med eller hvordan det skal gjøres. Men ingen står fritt til å forvalte fordringen helt etter sitt eget forgodtbefinnende (Løgstrup 2000). Løgstrup sier at ingen har rett til å gjøre seg til herre over et annet menneskets individualitet og vilje. Det må være en vilje til å la den andre være herre i sitt eget liv. Fordringen er gjennomgripende, alltid å handle til den andres beste. I enhver relasjon er det makt. Det kan være svært lite, skriver Løgstrup (2000), som en stemning som vi vender til noe godt eller vondt. Martinsen (1993) viser ofte til Løgstrups ord om å ta vare på det av den andres liv som *vi har i vår hånd*. Å ha noe i sin hånd er en metafor, eller et billedlig uttrykk, på noe vi har i vår makt. Relasjonen til radiografen vil ha betydning for pasientens opplevelse. Pasienten står i en særdeles sårbar posisjon med hensyn til maktfordelingen i relasjonen. Som mennesker er radiograf og pasient likestilt, men som helsearbeider og pasient har radiografen mest makt i relasjonen. Dermed er det et etisk krav til radiografen om å bruke denne makten til det beste for pasienten. Når pasienten forteller om hvordan radiografen har utført klyster setting på en vakker måte, kan dette møtet ses som "et vakkert møte". Da har radiografen vendt relasjonen til noe positivt for pasienten. I motsetning til dette står møtet der pasienten opplever at radiografen føler vemmelighet med å utføre prosedyren. Dette møtet kan omtales som "et smertelig møte" for pasienten.

Som vist i pasientens uttalelse er det i møtet mellom pasient og radiograf omsorgsaspektet er nærværende eller fraværende. Martinsen (1993) beskriver omsorgens tre dimensjoner, i den praktiske handlingen, i det moralske og i det relasjonelle. Det er i relasjonen mellom radiograf og pasient det praktiske og den moralske handlingen vises. Hvordan radiografen møter

pasienten, hvordan radiografen utfører handlinger samtidig som hun/han samhandler med pasienten. Da kan radiografen være vennlig ved å ha et åpent ansikt vendt mot pasienten samtidig som radiografen snakker til pasienten. Omsorg vises når radiografen bruker sine hender, sin kropp, når han/hun utfører prosedyrer. Dette gjenspeiles i kreftpasientens gjengivelse av hvordan radiografen kan sette klyster på en behagelig måte. I denne uttalelsen fremkommer at i denne omsorgsutøvelsen ble teknikk og pasient forenet. I denne situasjonen skapt direkte kontakt mellom de to kroppenes overflater. Da skapte berøring deltagelse og nærhet mellom radiograf og kreftpasient. Men i ”det smertelige møtet” skapte berøring distanse mellom radiografen og pasienten. Ved at radiografen er bevisst hvordan hendene brukes og hvilke svar pasienten gir på berøringen, kan røntgenopplevelsen bli bedre for pasienten enn om radiografen ikke er bevisst dette. Den reflekterende radiografen vil sannsynligvis føre hendene sine varsomt på pasientens kropp, noe som pasienten viser når hun følte seg rørt av omtanken. Men hun har også erfart at radiografens hender har formidlet utålmodighet. Pasienten kan fornemme dette ved at radiografen sannsynligvis har hatt raske knappe bevegelser og ved at radiografens kropp for det meste var rettet mot arbeidsoppgavene. Radiografens berøring kan påføre pasienten velvære ved varme varsomme hender, men de kan også påføre pasienten smerte ved å være for hardhendt når hun/han fører inn klysteret. Da kan radiografens hender være kalde og bevegelsene brå. Disse følelsesmessige aspektene påpeker også Tuft (1992) som selv var kreftsyk. Hun skriver hvordan hun opplever en underlig varme når hun blir sett, når hun er synlig for personalet og når hun blir hørt (Tuft 1992). Tuft (1992) sier at røntgenpersonell kun berørte de kroppsdelene de ønsket å fotografere. Hun beskriver hvor ulikt hun følte personalets hender. De kunne være ømme, omsorgsfulle eller varsomme i noen situasjoner, mens i andre følte hun hendene som upersonlige, harde og kalde (Tuft 1992). Dette samsvarer med kvinnen som tydeliggjør hvordan radiografen selv under en smertefull prosedyre som klystersetting viser omtanke ved måten hun/han berører pasienten på.

Løgstrup (2000) sier at ethvert menneske gjør krav på et helt personlig indre rom for seg og sitt. Dette rommet kaller han for urørighetssone (Løgstrup 2000). Normalt blir det oppfattet som en selvfølge at man respekterer den andres grense. Han sier at urørighetssonen er knyttet til menneskets integritet. Kvinnen som har fått følelsen av at radiografen opplever vemmelse i forbindelse med klystersetting har fått følelsen av at egne personlige grenser er overtrådt. Da er hun ikke møtt på en respektfull måte. I denne situasjonen har hun ikke fått følelsen av å bli ivarettatt som et medmenneske. Kvinnen følte seg som en lidende person. Med sin væremåte

kan personalet få pasienten til å føle seg tråkket på eller løftet. Det kan være nok å bli sett som person og forstått i sin situasjon. Verdighet oppleves gjennom forståelse og konkret hjelp fra et menneske som er villig til å hjelpe. Radiografen har ansvar for å ivareta pasienten i den sårbare vanskelige situasjonen. Den kroppslige opplevelsen beskrives som vakker og behagelig når pasienten føler at hun blir ivaretatt og behandlet som et medmenneske. Radiografen har utført klystersetting med varhet slik at hun er blitt rørt. Dette viser at hun blir tatt hånd om på en respektfull måte. Her har radiografen gjennom handling respektert den andres egenverdi, ikke påført pasientens skade, men utført prosedyren til det beste for pasienten. De gode møtene for kvinnen er når de blir sett i sin lidelsesfulle situasjon og tatt hensyn til.

Lindstedt (1994) har utført en studie av hvordan pasienter opplever å være til røntgenundersøkelse av tykktarmen. Kreftpasienter som gruppe er mer sårbare enn andre pasienter, og trenger kvalifisert røntgenpersonal som kan yte god omsorg. I Lindstedts (1994) studie framkommer at pasientene føler seg totalt blottlagt i røntgensituasjonen. Å være avkledd og å føle seg naken og ensom i undersøkelsessituasjonen gjør at de opplever seg selv som et undersøkelsesobjekt. Pasientene føler seg redusert til et formål ved at de er avkledd og skal lyde ordrer (Lindstedt 1994). Radiografene har ansvar for å ivareta pasienten i den sårbare vanskelige situasjonen. Pasienten i eksemplet forteller at hun følte seg ”forbasket naken”, hun var overgitt til personalet. I denne blottede situasjonen var hun sårbar. Hvis radiografen ikke kommer pasienten i møte kan den kreftsykes lidelse forverres. For radiografene vil det være viktig å få innsikt i hvordan pasientene opplever undersøkelsessituasjonene slik at de kan komme pasientene i møte på en god måte.

Halldorsdottir (1996) har utført en studie som omhandler hvordan kreftpasienter opplevde omsorgsaspektet. Omsorgsbehovet knyttes til kreftpasientens sårbarhet. To metaforer framstilles i teorien: ”bruen” og ”veggen”. ”Bruen” symboliserer åpenheten i møtet og oppleves som omsorg, mens ”veggen” symboliserer mangelfull kommunikasjon, atskillelse og mangel på omsorg. Studien viser at en omsorgsfull relasjon kan gi pasienter med kreft en følelse av å ha medbestemmelse og kontroll over eget liv, mens mangel på omsorg gjør at pasienten føler seg motløs, misforstått og følelsen av å være ensom og nedbrutt. ”Bruen” er tilstede i relasjonen når pasienten beskriver ”det vakre møtet”. Dette står i kontrast til den følelsen pasienten får når radiografen ikke ivaretar henne i sin sårbare situasjon. Avstanden som oppstår er så massiv at det kan føles som en hel vegg er mellom de to personene. Da føler

pasienten føler seg behandlet som en "ting" i radiografens verden. Pasientens kropp kan ses som en ting som må ligge i bestemte posisjoner samtidig som tykktarmen fylles med kontrast og luft for å få fremstilt røntgenbilder av tarmen. De tekniske handlingene kan bli dominerende i yrkesutøvelsen, slik at relasjonen står i fare for å bli underordnet. Hvis radiografen kun har oppmerksomheten rettet mot teknikken kan det være at han/hun ikke evner å favne hele situasjonen.

I en teknologisk avdeling kan kunnskapsaspektet som Molander beskriver som fortrolighetskunnskap være et kunnskapsaspekt som blir lite omtalt (Molander 1998). Fortrolighetskunnskap bygger på erfaring, den er handlingsrettet og vises som en fortrolighet med arbeidet. Fortrolighet med teknikk og pasient samtidig, betinger at utøveren viser kunnskapen i bruk, da sitter kunnskapen i kroppen. Kunnskapen omfatter en nærhet som radiografen viser i samhandlingen med pasienten og teknikken. Denne kunnskapen er i tråd med slik kunnskap defineres i fenomenologien. Hvis radiografen kun har fortrolighet med teknikken, eller hvis pasienten behandles som en ting, kan dette ses som et uttrykk for at radiografen har et positivistisk kunnskapssyn. Den positivistiske synet på kunnskap er ofte mest rådende i undervisning og i faglitteratur. Dermed kan det ligge en fare for at dette også kan bli ikke ett aspekt av radiografens kunnskap, men som den eneste kunnskapen radiografen vektlegger i handling.

I radiologiske avdelinger med stort arbeidspress der radiografen har mange korte pasientmøter vil faren for å objektivisere pasienten være stor. Radiografen kan bygge sin medisinske tilnærming kun på naturvitenskapelig kunnskap der kroppen betraktes som materie og er objektivisert. En liten del av kroppen, for eksempel som i denne kreftsyke kvinnens tilfelle, tykktarmen, kan ses på som fysisk fenomen som det skal framskaffes medisinske funn om. I forlengelse av dette synet kan pasienten ses som et nødvendig element for å gjennomføre undersøkelsen, for å framskaffe sikker kunnskap, som vil være et digitalt eller analogt røntgenbilde. Denne "tingliggjøring" av pasienten er beskrevet fra flere hold (Tuft 1986,1992, Berg 1987) og kan ses som et uttrykk for at den kartesianske tenkemåten.

Tuft (1992) skriver at hun blir definert inn i en objektiltværelse av helsepersonell, ikke som et subjekt i eget liv. Som den kreftsyke kvinnen i min studie gir uttrykk for opplever hun manglende respekt når radiografen "kjører inn den der slangen som om hennes rompehull er det ekleste som er". Kvinnen får følelsen av at radiografen kun ønsker å bli ferdig med

undersøkelsen. Det kan se ut som om radiografen som utførte undersøkelsen betraktet pasienten kun som materie, som et objekt for å framstille et indre organ. Som bevisst, tenkende, forstående og fortolkende menneske ble hun oversett.

Omsorg fra personalet gir en følelse av å være betydningsfull og bli sett som person. Å bli sett som person i sin livssituasjon og føle støtte gir næring til at en fortrolig relasjon kan vokse fram og dette kan føre til lindring (Øhlen 2000). Å bli sett som person innebærer videre å ikke kjenne seg ensom. Når pasienten ligger inne i et sterilt røntgenlaboratorium og er syk og redd kan omsorg gi en følelse av samhørighet med den som viser omsorg. Pasienten kan oppleve å bli tatt hånd om på en medmenneskelig og respektfull måte, der radiografens menneskesyn vil være å møte pasienten som biologisk fenomen og som talende subjekt, jamfør Merleau-Pontys (1994) kroppsfenomenologi. Hvis radiografen betrakter pasienten som et subjekt vil han/hun forholde seg rasjonelt til personen, da vil det oppnå en relasjon. Det blir da et samspill mellom to mennesker.

Holdningsmessig kan vi forholde oss forskjellig når vi møter andre. Skjervheim (1996) sier at møtet er det en treleddet relasjon. De tre leddene kan være :

1. Oppmerksomheten kan rettes mot den felles saken.
2. Oppmerksomheten rettes ikke mot saken, begge er i hver sin verden
3. Oppmerksomheten rettes mot det som produseres, den ene gjør den andre til et rent fysisk objekt. Ved å objektivisere den andre gjøres denne til et faktum, til en ting i den andres verden (Skjervheim 1996).

Det første aspektet kan overføres til pasientens beretning om "det vakre møtet". Her har radiografen oppmerksomheten sin rettet mot selve undersøkelsen, og radiografen har vært engasjert i pasientens situasjon. Det andre aspektet vises når radiografen velger å ikke engasjere seg i hvordan kvinnen opplever undersøkelsen. Da retter radiografen oppmerksomheten mot prosedyren hun gjennomfører, slik at pasienten blir totalt avskåret fra radiografen verden. Situasjonen for kvinnen blir verre ved at det oppstår en avstand mellom de to personene, en hel "vegg" reises mellom dem. Det tredje aspektet kan være hvis radiografen totalt overså pasienten som menneske og "gjorde pasienten til en ting". Da behandler radiografen pasienten og teknikken på samme måte.

Radiografen kan objektivisere og subjektivisere pasientene ved å innta ulike holdningsmessige fokus. Ved å ta den andre alvorlig subjektiviserer radiografen pasienten. Som helsearbeidere skal radiografene fremme helse for pasientene. Helsebegrepet forstår jeg i likhet med slik Hjort (1994) beskriver helse. Han definerer helse som en tilstand der personen har overskudd i forhold til hverdagens krav (Hjort 1994). Radiografen som "helse"arbeider skal hjelpe pasienten slik at røntgenundersøkelsen blir minst mulig ubehagelig for pasienten. Dette gjør radiografen der pasientens uttaler at radiografen gjør situasjonen vakker og behagelig. Da fremmet radiografen helse, den syke ble møtt på en verdig måte. Men da pasienten ble tingliggjort ble hun påført ekstra lidelse av radiografen. Ved at radiografer ser hovedsakelig på den andre som et objekt, som en ting som er nødvendig for å skape røntgenbilder, kan medmenneskelig overtramp forekomme. Tuft (1992) skriver at hun blir definert inn i en objekttilværelse av helsepersonell, ikke som et subjekt i eget liv. Hun opplever mangelfull respekt og at hennes verdighet ikke blir ivaretatt. Som den kreftsyke kvinnen i min studie gir uttrykk for opplever hun seg som en ting når radiografen "kjører inn den der slangen som om hennes rompehull er det ekleste som er". Kvinnen får følelsen av at radiografen kun ønsker å bli ferdig med undersøkelsen. Radiografen som utførte undersøkelsen betraktet pasienten kun som materie, som et objekt for å framstille et indre organ. Som bevisst, tenkende, forstående og fortolkende menneske ble hun oversett.

Jeg mener at radiografen som gjør situasjonen vakker for pasienten er en kompetent praktiker. Denne radiografen har en praksiskunnskap som synliggjør et høyt nivå i utviklet radiografkompetanse. Kunnskapen synliggjøres i bruk, i handling, jamfør Molander (1998). Radiografen som presser inn klysteret har sannsynligvis langt igjen i å utvikle sin personlige kompetanse for å bli en ekspert. Disse to radiografene kan jobbe side om side ved samme avdeling. Den ureflekterte radiografen kan være blind for den reflekterte radiografens kompetanse. For å synliggjøre kompetansen vil det være nødvendig at radiografene får innsikt i pasientenes opplevelser, og tar disse på alvor.

Radiografens kompetanse består av kunnskap som integrerer sensitivitet, intuisjon, teori og teknikk. Kunnskapen vises i den gitte praksissituasjonen. Radiografen som fører klysterslangen inn i pasienten på en måte som oppleves behagelig for pasienten, er en radiograf som viser kunnskap i handling. I lys av Merleau-Pontys kroppsførståelse er radiografen og pasienten med sine kropper væren-*til*-verden. Radiografen bruker sine hender og sitt blikk når han/hun setter klysteret, bruker sin kropp når hun/han legger pasienten til

rette, og flytter seg til pasientens ryggside når kontrast settes rektalt. Radiografens kroppslighet involverer en kontrollert nærhet og en kontrollert distanse. Kroppen strekker seg mot den sykes kropp med en ekspertviten.

Tuft (1991) skriver at det er underlig å møte et system som helsevesenet som ikke ser at egen væremåte fører enten til at pasientens situasjon bedres eller forverres (Tuft 1991). Som alvorlig syk møter kreftpasienten individets og systemets makt som vil være radiografens og radiologisk avdelings regler og makt. Kvinnen svarer på instruksene som radiografen gir. Hvordan pasienten opplever undersøkelsen vil være avhengig av den enkelte radiografers omsorgs utøvelse. Det menneskelige aspektet i relasjonen kan være tilstede, men det kan også ligge en fare for at pasienten blir sett på som en "ting" i den tekniske avdelingen. Den enkelte pasient vil være prisgitt den enkelte yrkesutøveren.

Pasientens beskrivelse av hvor ulikt hun opplever klystersetting vil være et eksempel som bør løftes fram for personalet slik at de kan se hvordan egen væremåte kan føre til at pasienten føler seg rørt av omtanken eller i motsetning til dette, tingliggjort.

#### Avslutning:

Pasientens uttalelse viser at ulike radiografer utfører funksjonen ulikt. Noen kommer pasienten i møte, får pasienten til å føle seg vel selv om undersøkelsen føles ubehagelig. Disse handlingene tyder på at radiografen ser pasienten som et medmenneske. Da ses pasienten som en tenkende og følende person som radiografen samhandler med. Dette samsvarer med et fenomenologisk syn der mennesket ses som subjekt.

Andre ganger møter pasienten radiografer som retter oppmerksomheten mot prosedyrene og "tingliggjør" pasienten. Da er ivaretagelse skjøvet i bakgrunnen. Pasientenes utsagn kan tolkes som om radiografen har et positivistisk syn der kroppen ses som en ting.

Litteraturliste:

Bengtsson, J. (1993): Sammanfätningar, Husserls och Merleau-Pontys fenomenologi, Bokförlaget Daidalos AB, Uddevalla

Berg, O.(1987): Medisinens logikk: studier i medisinens sosiologi og politikk, Universitetsforlaget

Egestad, H. (2003): Det er jo til ens eget beste, kreftpasientenes tanker og opplevelser fra radiologisk avdeling. Hovedoppgave, Avd. for sykepleie og helsefag, Universitetet i Tromsø

Fjellend, R. og Gjengedal, E. (1995): Vitenskap på egne premisser. Vitenskapsteori og etikk for helsearbeidere, Ad Notam Gyldendal, Oslo

Gulddal, J., Møller, M. (1999): Fra filosofi til filosofi s. 9-45 I: Gulddal, J., Møller, M. (red.): Hermeneutikk, En antologi om forståelse, Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A.S., Haslev

Guneriussen, W: Aktør, handling, struktur. Grunnlagsproblemer i samfunnsvitenskapene, Tano 1996

Halding, A.-G. (2003): Essensielle fenomen i kreftomsorga, Vård i Norden 4/2003. Publ. C No.70 Vol.23 No.4 PP 24-28

Halldorsdottir, S.(1996): Caring and uncaring encounters in nursing and health care: developing a theory, Avhandling, Universitetet i Linköping

Hjort, P.F.(1994) "Et spørsmål om sunnhet?- Mot et nytt helsebegrep", I: Hjort, P.F: Helse for alle! Foredrag og artikler 1974-93. Utredningsrapport nr.U 1- 1994. Statens institutt for folkehelse, Avdeling for samfunnsmedisin, Seksjon for helsetjenesteforskning, Oslo, ss. 86-96

Johannessen, K.S. (2001):Tradisjoner og skoler i moderne vitenskapsfilosofi, Fagbokforlaget Bergen

Knudsen, A.(1998): Forgængelighedens Forvaltning s. 20-32 I: Ploug Hansen,H.(red) : Omsorg, krop og død, Gyldendal.

Kvale, S.(1998): Interview – en introduksjon til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag.

Lindstedt, U. (1994): Beredd på colonröntgen- en kvalitativ studie av pasienters opplevelser av en röntgenundersökning, Hälsöhögskolan , Jönköping

Løgstrup, K.E . (2000): Den etiske fordring, Cappelen's Forlag

Martinsen, K. (1993): "Den omtensomme sykepleier", Tano

Merleau-Ponty, M.(1994): Kroppens fenomenologi, Pax Forlag, Oslo.



- Molander, B.(1998):Kunnskap i handling, Bokforlaget Daidalos AB,Gøteborg
- Polanyi, M. (2000): Den tause dimensjonen, en introduksjon til taus kunnskap, Spartacus forlag AS, Oslo
- Ricour, P.(1999): Hva er en tekst? S. 238-262 I: Hermeneutikk En antologi om forståelse, redigert av Gulddal og Møller, Gyldendal.
- Skjervheim, H.(1996): "Deltakar og tilskodar". I: Skjervheim, H; Deltakar og tilskodar og andre essays, Aschehoug, Oslo, s.71-87
- Stryhn, H. (1995) :Etikk og sygepleje, Munksgaard
- Thornquist, E (1988): Fagutvikling i fysioterapi, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo
- Thornquist, E. (1998): Klinikk, kommunikasjon, informasjon. Ad notam Gyldendal.
- Thornquist, E. (2003): Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag, Fagbokforlaget
- Tuft, H.(1992):Den siste ydmykelsen, s.34 Oslo, Aschehoug
- Tuft, H.(1986): Min kreft- mitt ansvar, Gyldendal norsk forlag, Oslo.
- Tuft, H. (1991): Møtet med døden midt i livet, Aschehoug
- Øhlen, J. (2000): Att vara i en fristad, Instituionen for vårdpedagogik, Gøteborgs universitet, Gøteborg