

Qigong i sykepleien

Kan qigong, kinesiske helseøvelser, bedre livskvalitet hos bedriftsansatte?



Oddveig Birkeflet

Institutt for Sykepleie Vitenskap

Hovedoppgave

September 2002

© Oddveig Birkeflet



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap
Boks 1120, Blindern

Navn: Oddveig Birkeflet	Dato: 7. September 2002.
Tittel og undertittel: Qigong i sykepleien Kan qigong, kinesiske helseøvelser, bedre livskvalitet hos bedriftsansatte?	
Sammendrag: <p>Hensikt: Hensikten med denne studien var å undersøke om 1½ times ukentlig utføring av qigong i 10 uker bedret livskvaliteten hos bedriftsansatte. Qigong er forankret i Tradisjonell Kinesisk Medisinsk teori (TKM) som hevder å ha et holistisk syn på forståelse av helse og sykdom. Et annet formål for denne studien var derfor å se om TKM var forenelig med Rogers sykepleieteori og anvendbar i sykepleie, og å undersøke begrepet holisme.</p> <p>Metode: Effekten av qigong ble undersøkt gjennom en kvasi-eksperimentell pilotstudie som brukte et pretest-posttest design med måling av livskvalitet på en og samme gruppe (N = 29) før start og etter avsluttet intervensjon. Livskvalitet ble målt ved ”Spørreskema til selvvurdering av livskvalitet”.</p> <p>Teoretisk forankring: Studien ledes av Martha Rogers teori: ”The Science of Unitary Human Being” og TKM.</p> <p>Resultater: Samtlige av livskvalitet instrumentets 8 delemål for livskvalitet viste bedring etter intervensjon. Mål nr. 2: livstilfredshet, nr. 6: tilfredshet med forhold, nr. 7: livsutfoldelse og det samlede livskvalitetsmål oppnådde statistisk signifikant bedring i postmålingene; de respektive p-verdier: .034, .001, .000, .01. Mennene i studien viste en sterk tendens til bedre livskvalitetsskåre enn kvinnene. Det ble registrert at 62 % av deltakerne hadde benyttet alternativ medisin. Over halvparten av deltakerne oppga å ha rygg og nakkeplager i pretesten. Etter intervensjon var det bedring i rygg, nakke og skulderplager samt at fysisk og psykisk helse opplevdes som bedre.</p> <p>Konklusjon: Qigong bedret livskvaliteten hos bedriftsansatte i denne studien, og det ble rapportert bedring av andre helse plager. Andre studier dokumenterer helsegevinst etter qigongtrening og anbefaler metoden til bruk i sykepleie. Qigong er forenelig med Martha Rogers sykepleieteori. Øvelsene kan tilpasses for individuelt bruk hos sykepleierens pasient. Effekten av qigong kan undersøkes nærmere innenfor sykepleie relevante områder. Qigong åpner for at sykepleieren kan ha en helhetlig tilnærming og kommunikasjon med klienten. Sykepleiere må imidlertid oppdatere sykepleieteoriene mot ny teknologisk nyvinning og klargjøre sitt holistiske ståsted og hvilke konsekvenser dette har.</p>	
Nøkkelord: Qigong, Tradisjonell Kinesisk Medisin, Martha Rogers, holistisk sykepleie, holisme, livskvalitet.	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap
Boks 1120, Blindern

Name: Oddveig Birkeflet	Date: 07.09.02.
Title and subtitle: Qigong in nursing Can Qigong, chinese exercises for the benefit of health, improve the quality of life in company employees?	
Abstract: <p>The intention of the study. The intention of this study was to survey the effect of 1 ½ hour weekly in 10 weeks Qigong practice on the quality of life in company employees. Qigong is founded in the Theory of Traditional Chinese Medicine (TCM) that claims to have a holistic understanding of health and illness/disease. Therefore, another intention of the study was to consider if TCM was consistent with Rogers nursing theory and applicable for nursing practice, and to examine the concept of holism.</p> <p>Method. The effect of Qigong was carried out by a quasi-experimental pilot project in a pre-test-post-test design measuring the quality of life in one sample (N = 29) before starting and after the intervention. The quality of life was measured with the instrument: "Spørgeskema til selvvurdering av livskvalitet".</p> <p>Theoretical base. The study used Martha Rogers' theory: "The Science of Unitary Human Being" and TCM.</p> <p>Results. All of the 8 units of measurement in the quality of life instrument demonstrated improvement after the intervention. Measure number 2: satisfied with life, nr. 6 satisfied with relations, nr. 7: development/display of life and the total score achieved statistical significance between the pre and post measure; respective p-values are: .034, .001, .000, .01. The men in the study demonstrated a strong tendency for a better quality of life score than the women. Sixty-two percent of the sample had used alternative medicine. More than half of the participants had complaints about pains or aches in back and neck in the pretest. After the intervention was finished there was improvement in back, neck and shoulder complaints and both physical and psychic health was considered improved.</p> <p>Conclusion. In this study Qigong improved the quality of life for company employees, and there was reported improvement in general health. Other studies have shown profitable results on health after qigong practice and recommend the method in nursing. Qigong is consistent with Martha Rogers nursing theory. The exercises can be adjusted for individual use by the patient. The effect of qigong can be surveyed closer when it comes within the scope of a nursing relevant situation. Qigong permits the nurse to have a holistic approach and communication with the client. However, nurses must keep updated with nursing theories in accordance with new technological developments and understand what consequences this may have for retaining their holistic intention.</p>	
Key words: Qigong, Traditional Chinese Medicine, Martha Rogers, Holistic Nursing, Holism, Quality of Life.	

FORORD

En av grunnene til at jeg begynte på ISV var refleksjoner som oppstod etter at en professor i medisin uttalte seg om akupunktur med overbevisende autoritet til helsepersonell. Etter studium i akupunktur delte jeg ikke hans syn. Imidlertid opplevde jeg at mine kollegaer godtok professorens uttaleser som sannheter og adapterte en holdning om akupunktur. Denne opplevelsen gjorde et sterkt inntrykk på meg. Jeg ble vekket, og det var faktisk utrygt å erkjenne spørsmålene som dukket opp i mine tanker: - hvordan vet jeg det jeg vet? Hvordan vet jeg om det jeg vet er sant? Hva har gitt grunnlag for den sykepleieomsorgen vi utøver på avdelingen? Hvordan vet jeg at denne sykepleieomsorgen er oppdatert og faglig konsistent?

På ISV var det akseptert å stille slike spørsmål og det ble vist hvordan de behandles på en vitenskapelig måte. Arbeidet med denne studien har vært en spennende prosess som har vært berikende på mange områder. Professor Margarethe Lorensen har vært en positiv og inspirerende veileder. Glenys Hamilton, gjesteforeleser ved ISV, har inspirert og gjort statistikk forståelig gjennom forelesning og Work Shop. Statistiker Håkon Gjessing ved seksjon for medisinsk statistikk, UiO, har vært til behørig hjelp med statistisk veiledning, og stilte sporty opp da avtalen om statistisk bifall frafalt. Takk til Søren Ventegodt for at jeg fritt fikk benytte livskvalitetsinstrumentet. Takk til høgskole lektor og forfatter Riccarda Pfeiffer og dr. grad student Irene Lie, for å ha lest gjennom oppgaven og gitt konstruktiv tilbakemelding. Deres råd har vært til stor hjelp. Takk til qigonginstruktør Pamela Hiley som stilte opp og tok sjansen på å ”bli forsket på”, til deltakerne i prosjektet som hadde tålmodighet og besvarte spørreskjemaet to ganger. Inger Marie Juul, bibliotekar, gjør det enkelt for en hver å finne frem til den kunnskap en trenger.

Hindringer underveis åpnet kontakt til min ”indre kraftkilde”, og har snudd motgang til noe positivt, og tilført mer erfaring og kunnskap enn hva jeg ellers ville ha fått.

Takk til ”gutta” mine, familie og venner som har vært der i hele prosessen og trodd på den.

Oddveig Birkeflet.

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	1
1.1	STUDIENS BAKGRUNN	1
1.2	STUDIENS HENSIKT, PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	4
1.2.1	<i>Problemstilling:</i>	4
1.2.2	<i>Hypoteser:</i>	5
1.2.3	<i>Begrepsmodell</i>	5
1.3	OPPGAVERS AVGRENSNING.....	6
1.4	OPPGAVERS OPPBYGNING	6
2	TEORI	8
2.1	TRADISJONELL KINESISK MEDISIN.....	8
2.1.1	<i>Historikk</i>	9
2.1.2	<i>Teoretisk forklaring</i>	10
2.1.3	<i>Yin og Yang teorien</i> ☯.....	10
2.1.4	<i>Anvendelse av yin og yang teorien i Tradisjonell Kinesisk Medisin</i>	12
2.1.5	<i>De fem elementene</i>	14
2.1.6	<i>Definisjon av qigong og sentrale begreper</i>	18
2.1.7	<i>Anvendelse av qigong i dagens Kina</i>	21
2.1.8	<i>Oppsummering – mennesket sett i lys av TKM-begrepene</i>	22
2.2	VALG AV SYKEPLEIETEORI.....	22
2.2.1	<i>Kort presentasjon av Martha Rogers</i>	23
2.2.2	<i>The Science of Unitary Human Beings</i>	23
2.3	LIVSKVALITET	31
2.3.1	<i>Den integrative teori om livskvalitet, livsfilosofi</i>	32
2.3.2	<i>Livsutfoldelses-teorien's syn på mennesket som helhet</i>	35
3	SAMMENLIGNING AV SENTRALE BEGREPER I TKM, ROGERS OG VENTEGODT	37
3.1	MENNESKESYN/VERDENSSYN	38
3.2	KONKLUSJON	44
4	HOLISME	46
4.1	INNLEDNING.....	46
4.2	DEFINISJON AV BEGREPET HOLISME	46
4.3	ULIKE RETNINGER INNEN HELHETSTENKNING GJENNOM HISTORIEN	48
4.3.1	<i>Holistiske hovedretninger</i>	51
4.4	HOLISTISK RETNINGSVALG OG KONSEKVENSER FOR SYN PÅ MENNESKET OG SYKEPLEIE	52
4.5	HOLISME I SYKEPLEIEN	56
4.6	HOLISTISK SYKEPLEIE	60
4.6.1	<i>De mest brukte veiledende teoriene for holisme innen sykepleie</i>	63
4.6.2	<i>Er holistisk sykepleie tenkelig for fremtiden?</i>	64
4.7	DISKUSJON.....	65
5	VALG AV DESIGN OG METODE.....	71
5.1	DESIGN.....	71

5.2	METODE.....	72
5.2.1	<i>Spørreskjema til selvurdering av livskvalitet</i>	72
5.2.2	<i>Instrumentets oppbygging</i>	73
5.3	GJENNOMFØRING AV PROSJEKTET.....	76
5.3.1	<i>Kontakt med forskningsfeltet</i>	76
5.3.2	<i>Rekruttering av respondenter</i>	76
5.3.3	<i>Innsamling av data</i>	77
5.4	ETISKE OVERVEIELSER.....	78
5.5	INTERVENSJON: QIGONG.....	78
6	RESULTAT.....	80
6.1	ANALYSEPROSEDYRE.....	81
6.2	PRESENTASJON AV DATAANALYSE OG FUNN.....	89
6.3	PRESENTASJON AV STATISTISKE FUNN FOR DIFFERANSEN MELLOM HVERT AV LIVSKVALITETSMÅLENE FØR OG ETTER INTERVENSJON.....	89
6.3.1	<i>Sammenligning med de danske funnene</i>	91
6.4	DISKUSJON AV DE TRE PARADIGMENE MED DE 8 LIVSKVALITETSMÅLENE.....	92
6.4.1	<i>Det subjektive paradigmet</i>	92
6.4.2	<i>Det eksistensielle paradigmet</i>	93
6.5	SAMLET KOMMENTAR FOR DE 8 LIVSKVALITETSMÅLENE.....	96
6.6	RESULTATENE PÅ DE ÅTTE LIVSKVALITETSTEORIENE I LYS AV ROGERS TEORI.....	97
6.7	ANDRE FUNN, OG KOMMENTARER TIL NOEN AV DE ENKELTE SPØRSMÅLENE.....	98
6.8	BEGRENSNINGER VED STUDIEN.....	105
6.9	KONKLUSJON.....	107
6.10	IMPLIKASJON FOR PRAKSIS.....	108
7	LITTERATURLISTE.....	115

VEDLEGG

- Vedlegg 1 Livskvalitet
- Vedlegg 2 Definisjon av begrepet livskvalitet på kinesisk
- Vedlegg 3 Vidette Todaro-Franceschi: kommentarer om Rogers's syn på sjelen
- Vedlegg 4 PubMed søk på "holism and nursing"
- Vedlegg 5 Tabell over sykepleiere som forsvarte den helhetlige filosofien
- Vedlegg 6 Todaro-Franceschi: Rogers teori i forhold til donor transplantasjoner
- Vedlegg 7 Spørgeskema til selvvurdering af livskvalitet
- Vedlegg 8 Tillatelse til å bruke instrumentet (skannet dokument)
- Vedlegg 9 Kursinformasjon
- Vedlegg 10 Informert samtykke
- Vedlegg 11 Godkjennelse fra regional forskningsetisk komité (skannet dokument)
- Vedlegg 12 CV for qigonginstruktøren
- Vedlegg 13 Beskrivelse av qigong øvelsene
- Vedlegg 14 Histogram over frekvensfordelingene
- Vedlegg 15 Histogramoversikt for kvinner og menn
- Vedlegg 16 Ventegodt: måling av livskvalitet om våren

OVERSIKT OVER FIGURER

Figur 1 Begrepsmodell	5
Figur 2 Teori oversikt	8
Figur 3 De fem elementene	15
Figur 4 Ideogrammet for qi	18
Figur 5 Marta Rogers begrepsmessige ramme for sykepleie	24
Figur 6 viser generelle holistiske hovedoppfatninger	52
Figur 7 Forklaringsmodell for design	71
Figur 8 Studiens forskningsdesign, prosjektforløpet	71
Figur 9 Deltakere fordelt på kjønn	86
Figur 10 Livskvalitetskåre fordelt på kjønn	98
Figur 11 Forekomst av ryggsmertes	100

OVERSIKT OVER TABELLER

Tabell 1 Yin og yang prinsippene.....	11
Tabell 2 Ulike betydninger av begrepet qi.	19
Tabell 3 Inndeling av qigong.....	20
Tabell 4 Den integrative teori om livskvalitet med åtte delteorier fordelt i tre paradigmer.....	32
Tabell 5 Sammenligning av sentrale begreper hos TKM, Rogers og Ventegodt.....	37
Tabell 6 Mål med qi gong trening innenfor de ulike teoriene.	45
Tabell 7 Ulike holistiske temaer i (Kim, 1999, side 92 – 94).....	51
Tabell 8 Phillips (1997) differensiering av tre hovedholismer.....	51
Tabell 9 Dreyfus (1980) sin differensiering av holisme.....	52
Tabell 10 Tre typer holisme.....	53
Tabell 11 Sammenligning av de tre begrepene om system, organisme og person.....	55
Tabell 12 Fire kategorier holisme.....	56
Tabell 13 Doing og Being Therapies.....	62
Tabell 14 Den integrative teori med 8 delteorier fordelt i tre paradigmer	74
Tabell 15 Validitetsstatus over måleinstrumenter, reliabilitetstester.....	75
Tabell 16 Deltakernes gjennomsnittsalder fordelt på kjønn.....	82
Tabell 17 Generell oppmøtestatistikk.....	83
Tabell 18 Ekteskapelig status fordelt på kjønn.....	87
Tabell 19 Kjønn fordelt på oppmøte.....	87
Tabell 20 Brukere av alternativ medisin.....	88
Tabell 21 Resultater.....	89
Tabell 22 Statistiske funn for livskvalitetsmålene.....	90
Tabell 23 Paired Sample t-test og Paired Samples Test	90
Tabell 24 Sammenligning med de danske funnene	91
Tabell 25 Statistiske data.....	99
Tabell 26 Antall timers krevende mosjon hver uke?.....	103

1 INNLEDNING

1.1 Studiens bakgrunn

Et helhetlig menneskesyn ble fremhevet i sykepleie grunnutdanningen. Mennesket ble betraktet som bestående av psykisk, fysisk, sosiale og åndelige dimensjoner. Praksis ble imidlertid styrt av skolemedisin, med en reduksjonistisk tilnærming til pasientens problem. Noen ganger følte jeg at kunnskapen om helhetssynet var lite relevant da jeg utførte delegert rutinearbeid rettet mot det spesifikke problem avdelingen behandlet.

Etter videreutdanning i akupunktur for helsepersonell opplevde jeg at helhetssynet innen tradisjonell kinesisk medisin (TKM) utfylte det jeg savnet i klinisk praksis. Dette helhetssynet ledet praksis i større grad og hadde en bred tilnærming til pasienten og hans problem. Helhetssynet hjalp pasientene til å erkjenne hvordan faktorer i dagliglivet påvirket deres helsetilstand, og hvordan de selv kunne finne tiltak mot sine plager/smerter, og reduserte dermed bruk av helsetjenester.

Holismebegrepet står sentralt innen TKM, alternativ medisin og i enkelte sykepleieteorier, men det er ikke entydig definert. Holistisk forankrede syn kan ha andre definisjoner på begrepene menneske, sykdom, helse og på målet for behandling, og kan ha andre verdier enn det medisinsk reduksjonistiske synet (Kim, 1999; Kolcaba, 1997). Sykepleiere bør kjenne til og vite hvordan de skal forholde seg til slike forskjeller når holistiske intervensjoner benyttes i praksis.

Stadig flere sykepleiere og jordmødre anvender akupunktur. Akupunktur på fødeavdelinger anvendes imidlertid etter reduksjonistiske vilkår, i følge Hjelkrem (2001). Intervensjonen utføres dermed ikke ut fra teoriens grunnlag og det helhetlige perspektivet blir ikke ivaretatt. Det er forunderlig at sykepleiere som støtter seg på holistiske teorier og benytter tilhørende intervensjoner, tross alt har latt seg lede av et reduksjonistisk syn. Dette styrker ikke sykepleiens selvstendighet i praksis og svekker grunnlaget for en egen teoretisk forankring når denne allikevel ikke etterleves. Det er viktig at sykepleierne blir bevisst sitt funksjonsområde og ansvarsforhold i forhold til alternativ medisin. Sykepleierens bør definere

sin rolle innen rimelig tid, fordi det stadig blir flere brukere og utøvere av alternativ medisin som bidrar å etablere føringer for hvordan tilbudet skal være.

Helseundersøkelsen 1995 bekrefter at alternativ medisin har fått betydelig innpass og utbredelse. Den viser at 7% av befolkningen har vært hos alternativ behandling siste år og dette tallet har økt siden 1975 (Aasland, Borchgrevink, Fugelli, 1997; Ramm, 1995). Aarbakke-undersøkelsen sammenligner seg med Helseundersøkelsen 1995, og viser at andelen som benytter alternativ medisin har økt i perioden 1994 til 1997 fra 27 til 33 prosent av den voksne befolkningen (NOU 1998: 21, s 97). Alternativmedisinske behandlingsformer forventes å få økt plass i helsetjenesten. Lannoye-rapporten som går inn for godkjenninger for alternative behandlere og refusjonsordning fra trygdesystemene, er nå til behandling i Europaparlamentet. Resultatet vil berøre Norge gjennom EØS-avtalen (Aasland, Borchgrevink, Fugelli, 1997). Samtidig fastslår NOU 1998: 21 alternativ medisin, at mange har blitt hjulpet av alternativ medisin, og St.meld. nr. 118 (1993-94) ”Innstilling fra sosialkomiteen om utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid”, vektlegger at pasientens ønske om å bruke alternativ medisin skal tas alvorlig (NOU 1998:21, s 125).

I WHO's planer er det ønskelig med helsefremmende sykehus som skal være mer helhetsorientert, en ressurs for lokalmiljøet, og de skal hjelpe pasienten tilbake til hverdagen med en god helsebetinget livskvalitet. De mener at filosofi må inn i helsevesenet, og spør hva helsevesenet kan gjøre for å hjelpe pasienten å leve med sykdommen, håndtere dagliglivet, og forebyggende helsearbeid utenfor institusjonene (Vollebæk, 1999).

Sosialkomiteen påpekte i behandlingen av Nasjonal helseplan at det kunne være behov for å se på hvilken plass alternativ medisin burde ha innenfor det samlede helsevesen. Komiteen understreket viktigheten av *flerfaglig samarbeid* og de ser det som ønskelig og naturlig at alternativ medisin får sin plass i helsefremmende og forebyggende arbeid og deltar i forsøksprosjekter med sikte på å styrke dette arbeidet (NOU 1998: 21 alternativ medisin).

Legene ser en utfordring i ekspansjonen av alternativmedisinske behandlingsformer. De tar politikernes oppfordring om at helsepersonell må sette seg inn i hva dette dreier seg om på alvor, og ser behov for å skaffe seg kunnskap om dette (Aasland, Borchgrevink, Fugelli,

1997). For å utrede ulike sider av alternativ medisin i Norge ble Aarbakkeutvalget oppnevnt i april 1997 (NOU 1998: 21 alternativ medisin).

Norsk Sykepleier Forbund (NSF) har pr. juli 2002 ikke ferdigbehandlet forslaget til policydokumentet om hva NSF bør mene om alternativ medisin. Dokumentet ble utarbeidet av arbeidsgruppen "Alternativ medisin og sykepleie" som ble etablert i april 1999. I følge Fonn (1999) sier NSF i deres hørings svar til Aarbakkeutvalgets utredning, at sykepleiere må delta i forskning om alternativ medisin. NSF ønsker at sykepleiere skal være representert i "senter for alternativmedisinsk forskning"/grønne paviljonger som Aarbakkeutvalget foreslo opprettet (Fonn, 1999) for å tilby alternativ behandling i sykehus (NOU 1998: 21). Nasjonalt forskningssenter innen alternativ medisin ble opprettet ved Universitetet i Tromsø i august 2000, men foreløpig, pr. 2002, er det ingen sykepleiere tilsatt der.

Sykepleieforskning på alternativmedisinske intervensjoner kan forsvares gjennom Martha Rogers (1970) teori om enhetsmennesket. Hun har omtalt nytten av og potensialet for ikke-invasive måter i relasjon til sykepleiepraksis, helse og velvære. Ikke-invasive måter utgjøres bl.a. av opplevelse av natur, meditasjon, avslapning, bruk av bevegelse, helseutdanning, velværerådgiving og terapeutisk berøring (Fawcett, 1995). Alle disse nevnte ikke-invasive måtene inngår som del av qigong som er utviklet fra tradisjonell kinesisk medisin (TKM). TKM er fundament for en rekke intervensjoner. Qigong er hensiktsmessig for denne studien da det er en ikke-invasiv metode, og fordi intervensjonen kan gies til flere pasienter samtidig, og er derfor billig å undersøke.

Qigong anvendes ved mange kinesiske sykehus sammen med annen terapi for å behandle og å forebygge sykdom og øke velvære. Pasienten bidrar selv aktivt med å ivareta sin helse. Øvelsene kan gjennomføres av sengeliggende og tilpasses den enkelte pasient (Choen, 1997; Sherwin, 1992; Yu, 1997-1998). Sherwin (1992) anbefaler bruk av qigong i sykepleien og beskriver hvordan denne metoden kan anvendes for å redusere stress, styrke pasientenes egen helingskraft, gi støtte til de alvorlige syke og for å lindre smerter (Sherwin, 1992). Effekten av qigong er interessante for pasientgrupper som ikke kan belaste for mye. Sancier (1996) konkluderer i en oversiktsartikkel at qigong har gunstig effekt på mange kroppsfunksjoner, bedrer helsen og kan styrke den vestlige helseomsorg (Sancier, 1996).

Det er på denne bakgrunn interessant å undersøke om qigong kan være en aktuell intervensjon for norske sykepleiere. Qigong ledes av grunnregler i TKM som det derfor blir nødvendig å fordype seg i. Dette er relevant da TKM forankrede metoder som akupunktur benyttes av stadig flere sykepleiere og jordmødre på smerte- og fødeavdelinger. Dessuten er TKM teorigrunnlaget for Krigers (1986) forklaringsmodell for sykepleieintervensjonen terapeutisk berøring (TT). Sarter (1988) stadfester at østlig filosofi har hatt stor innflytelse både direkte og indirekte på sykepleie teori og anbefaler at det utføres videre filosofisk utforskning av kinesisk verdenssyn, og at temaer som holisme blir mer fullstendig utviklet i fremtidige sykepleie teorier (Sarter, 1988). Holisme er fundamentet for intervensjonen som benyttes i denne studien. I tillegg brukes begrepet mye og tillegges ulik mening. Det er derfor aktuelt å se på betydningen av begrepet og hvilke konsekvenser det fører med seg.

En ”holistisk” intervensjon slik som qigong, påvirker hele mennesket. For å fange opp endringer i hele mennesket ble det valgt å måle livskvalitet. Den integrative teori om livskvalitet, Ventegodt (1995, 1995 b, 1997), hevder et helhetlig syn, og fastslår sammenheng mellom livskvalitet og psykososiale livskvalitetsfaktorer som årsak til sykdom. Teorien har gitt grunnlag til ”Spørjeskema til selvvurdering af livskvalitet” som ble benyttet i denne studien.

1.2 Studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien er å undersøke om intervensjoner forankret i TKM kan forsvares og benyttes i sykepleie; om TKM er forenelig med Martha Rogers (1970) sykepleieteori og om qigong har effekt på helsen/livskvalitet. TKM og alternative intervensjoner hevder å ha et holistisk syn. Det er derfor hensiktsmessig å klargjøre begrepet holisme og hvordan det står i forhold til et reduksjonistisk styrt helsevesen.

1.2.1 Problemstilling:

Kan TKM som muligens ledes av et holistisk syn, forsvares og benyttes som teorigrunnlag i sykepleie? Kan qigong ha effekt på livskvalitet og helserelaterte plager?

Forskningsspørsmål

- ☉ Hvordan forstår TKM, Rogers (1970) og Ventegodt (1995) helse, velvære og sykdom?

- ☉ Hvordan har holisme preget sykepleien?
- ☉ Kan qigong forsvares å benyttes som en sykepleie intervensjon ut i fra Rogers (1970) teori?
- ☉ Kan regelmessig qigongtrening gi bedret livskvalitet hos bedriftsansatte?
- ☉ Hvordan følger deltakerne opp treningen?

1.2.2 Hypoteser:

H_0 : Regelmessig qigongtrening bedrer ikke livskvaliteten hos bedriftsansatte.

$H_1/H_{alt; TKM}$: Regelmessig qigong bedrer og balanserer energi sirkulasjonen i kroppen som kan måles i bedret livskvalitet.

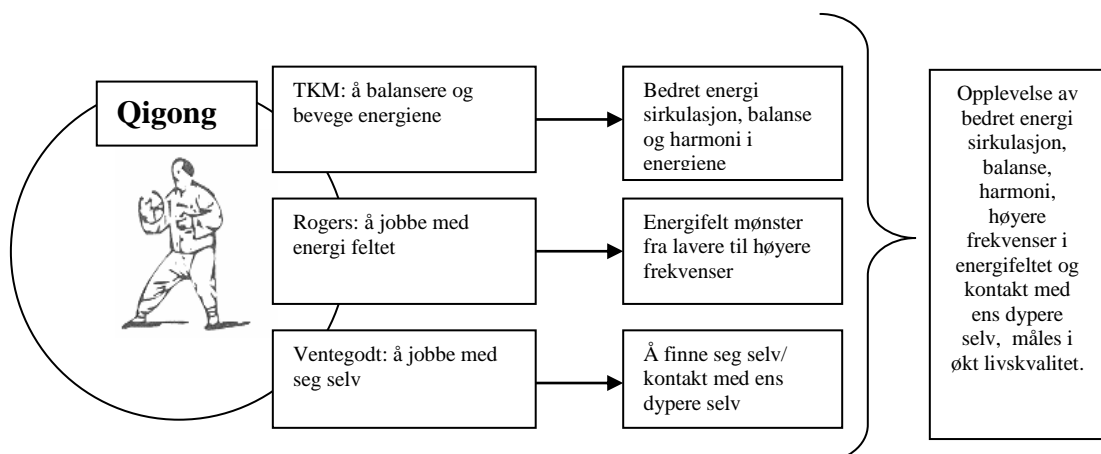
$H_1/H_{alt; Rogers}$: Regelmessig qigong påvirker svingninger i menneskeenergifeltet fra lavere til høyere frekvenser (med mer energi). Høyere frekvenser i energifeltet gir opplevelse av øket velvære som kan måles i bedret livskvalitet.

$H_1/H_{alt; Ventegodt}$: Regelmessig qigong, å jobbe med seg selv, fører til kontakt med sitt dypere selv og dermed bedret livskvalitet.

1.2.3 Begrepsmodell

Begrepsmodellen i figur 1, viser at qigong innenfor TKM er å balansere og å bevege energiene. I Rogers syn blir qigong å jobbe med energifeltet, for Ventegodt blir qigong å jobbe med seg selv.

Figur 1 Begrepsmodell



TKM ønsker gjennom qigong å oppnå bedret energisirkulasjon og harmoni, Rogers ønsker høyere frekvenser i energifeltet og Ventegodt vil oppnå å få dypere kontakt med seg selv. Opplevelse av bedret energi sirkulasjon, balanse, harmoni, høyere frekvenser i energifeltet og kontakt med ens dypere selv kan måles i økt livskvalitet fra før til etter intervensjon.

1.3 Oppgavens avgrensning

Oppgaven ledes av Martha Rogers (1970) teori; ”The Unitary Human Being”, teorien om enhetsmennesket, som avleder tre teorier; ”Theory of Accelerating Evolution”, ”Theory of Rhythmical correlates of change” og ”Theory of paranormal phenomenon”. Teoriene presenteres i en skjematisk oversikt, men de avledede teoriene diskuteres ikke videre da dette ville bli for omfattende og de er ikke relevante for problemstillingen. Det blir heller ikke gått inn på hvordan gruppefeltet påvirker terapeuten og hva hun kan gjøre med det.

Denne studien skal undersøke hvordan qigong har effekt på en gruppe ”friske” personers livskvalitet. Det er derfor ikke relevant å beskrive hvordan qigong kan tilpasses den individuelle utøvers spesifikke behov.

Qigong finnes i en rekke former, bl.a. Falun gong som har vært mye omtalt i pressen de siste årene i forbindelse med forfølgelse av religiøse utøvere. Det blir ikke gått inn på denne debatten da den ikke er relevant for problemstillingen som fokuserer på helse relaterte øvelsers effekt på livskvalitet. Heller ikke Feng Shui systemet om hvordan mennesket kan tilpasse seg omgivelsene inne og ute for å bedre helse, velvære og livskvalitet blir gått inn på.

Effekten av qigong måles i livskvalitet som er et omfattende, men mye brukt begrep. Derfor legges den generelle beskrivelse av livskvalitet (definisjoner på begrepet, historie og måling av livskvalitet) i (vedlegg 1), for å kunne gi bedre plass til ”Den Integrative teori om livskvalitet”, Ventegodt (1995), som benyttes for måling av livskvalitet i denne studien.

1.4 Oppgavens oppbygning

Kapittel to presenterer de tre teoriene som danner grunnlag for denne studien: Tradisjonell Kinesisk Medisinsk (TKM) er forklaringsmodellen for qigong og beslektede terapiformer.

Sentrale TKM-begreper som er vesentlige for å forstå fundamentet i TKM: qi, qigong, yin/yang teorien, fem element teorien, defineres.

Oppgaven ledes av Marta Rogers (1970) teori om enhetsmennesket. De begrepsmessige rammene i teorien; de fire byggesteiner og de fire homodynamiske grunnprinsipper, blir presentert for å kunne gi en forståelse av teorien, og for å sammenligne disse begrepene med tilsvarende begreper i TKM teori. Både TKM og Rogers teorier er omfattende og lite kjent blant sykepleier generelt, derfor gies beskrivelse av teoriene god plass.

Effekten av qigong ble i denne studien målt gjennom ”Spørreskema til selvverurdering af livskvalitet”. Teorigrunnlaget bak instrumentet, Den integrative teori om livskvalitet, blir presentert.

Kapittel tre sammenligner de tre teoriene, TKM, Rogers (1970) og Ventegodt (1995) på definisjon av sentrale begreper som menneske, miljø, sykdom, helse, velvære og drivkraft og det sammenfattes en konklusjon. Teorien hevder å ha et helhetssyn, men uttrykker dette ulikt.

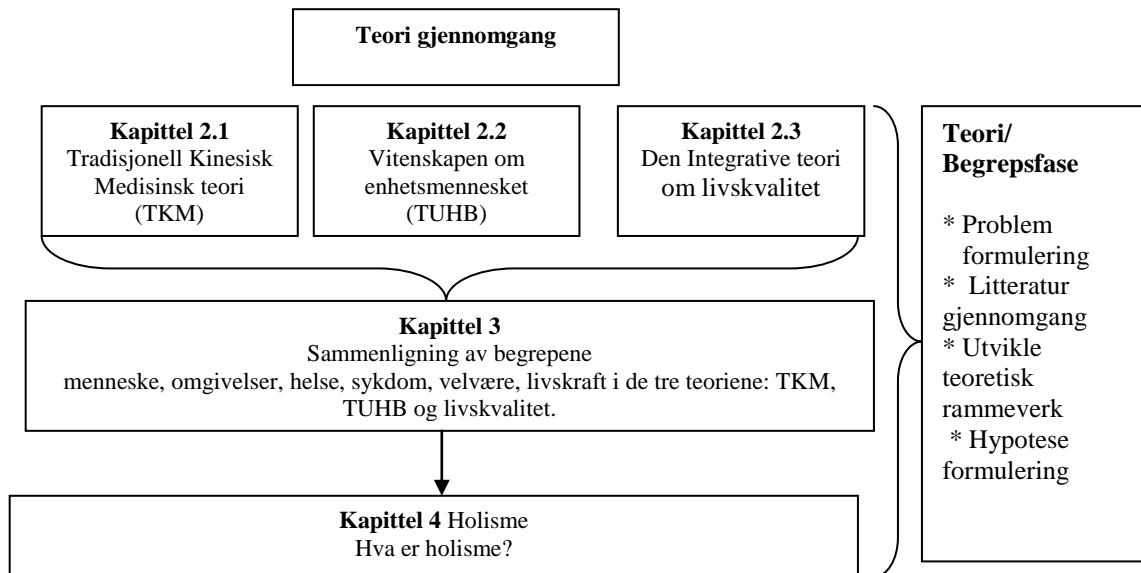
Kapittel fire tar for seg begrepet holisme som brukes mye i sykepleie og alternativmedisin. Kapitlet ser på definisjon av begrepet og ulike retninger innen helhetstenkningen gjennom historien. Ulike holistiske syn og deres konsekvenser for menneskesyn og sykepleie diskuteres.

Kapittel fem presenterer en skjematisk forklaringsmodell for de tre teoriene som leder denne studien, og hvordan det ut i fra hver av teoriene kan forsvares å bruke qigong som intervensjon og å måle livskvalitet. Studiens design og metode vurderes og beskrives.

Kapittel seks presenteres analyse og funn. Noen av funnene diskuteres opp mot resultater fra andre studier. Til slutt i kapitlet følger en diskusjon om begrensninger med studien. Etter en konklusjon følger implikasjoner for praksis og anbefaling for fremtidig forskning.

2 TEORI

Figur 2 Teori oversikt



Figuren er satt opp etter inspirasjon fra (Polit og Hungler, 1995).

2.1 Tradisjonell Kinesisk Medisin

Litteraturen omkring TKM teori ble valgt fra anbefalt litteratur ved Norsk Akupunkturskole (NAS). NAS har internasjonalt samarbeid med World Federation of Acupuncture and Moxibustion Societies (WFAS). WFAS er WHO's offisielle samarbeidsinstitusjon for akupunktur og samordner akupunkturutdannelse i Europa i nært samarbeid med Europarådet (Norsk Forening For Klassisk Akupunktur, 1999). Internasjonalt anerkjente forfattere som Dr. T. Kaptchuk, har studert kinesisk medisin i Kina, og G. Maciocia, som er anerkjent ekspert også i Kina, ble valgt fordi de har gjort kinesisk medisinsk teori tilgjengelig på engelsk på et høyt faglig nivå. Psykiater O. Heyerdahl, og lege N. Lystad, har formidlet TKM på norsk. De gir en bred oversikt over vitenskapelige arbeider med dokumentert effekt av TKM intervensjoner, samtidig gir de en vestlig medisinsk forklaring på denne effekten. På denne måten blir TKM begreper forklart i vestligmedisinsk forståelse. Det er gjort søk på Medline og Cinahl. Fra tilgjengelige artikler ble seriøse forfatternavn benyttet til søk på ytterligere informasjon fra Internett.

2.1.1 Historikk

På mange områder har kinesisk kultur og dyktighet frembrakt imponerende resultater fra de tidligste tider. 700 år f.Kr. kjente kineserne til jordens bane rundt solen og hadde beregnet jordens aksehelling mot ekliptikken men en feil på under én grad. For 1000 år siden beskrev de spiraltåker i verdensrommet og forsto at universet ekspanderer. På samme tid drev de papirindustri og trykkerier, 500 år før Gutenberg. Deres metallurgiske kunnskaper lå årevis foran andre kulturere. Det er mot denne bakgrunnen tradisjonell kinesisk medisin må studeres (Heyerdahl og Lystad, 1991, s 57).

Tradisjonell Kinesisk Medisin, TKM, bygger på en egen teori og filosofi som skiller seg fra vestlig medisin. TKM er et samlebegrep for en rekke ulike behandlingsmetoder (Pöyhönen, 1997). Akupunktur er en minst 3000 år gammel behandlingsform og utgjør ved siden av urtemedisin, en av hovedgrenene i TKM (Heyerdahl og Lystad, 1991). Den kinesiske kulturen strekker seg flere tusen år tilbake og hver tidsepoke har sin virkelighetsoppfatning som påvirket synet på sykdommer og hvordan disse skulle behandles (Pöyhönen, 1997).

Orakelbenene og Huang Di Nei Jing. Orakelbenene er skulderblader fra okser og skilpaddeskall. De stammer fra perioden 1600 – 1800 f Kr. og viser de første spor av medisinsk behandling. Inskripsjoner i benene viser detaljerte beskrivelser om hvordan man mente sykdommer skulle behandles og forebygges (Pöyhönen, 1997).

Det finnes skriftelige nedtegnelser fra minst 500 år før vår tidsregning om tidligere generasjoners medisinske erfaringer. Den kinesiske medisins viktigste tekst er Den Gule Keisers Klassiker om Indremedisin (Keiser Huang Di, 2698-2589 f.Kr.). Tekstene i Huang Di Nei Jing ble nedtegnet av flere forfattere i De Stridende Staters Periode (475-221 f.Kr.) (Heyerdahl og Lystad, 1991; Karlsen, 1997). Verket gir råd om leveregler, akupunktur, urtemedisin, qigong og andre terapier (Aung, 1994), og besvarer spørsmål om menneskelig anatomi, fysiologi, sykdomsårsaker, patologi, diagnostikk, sykdomsforebyggelse og forholdet mellom mennesket og naturen. Tekstene avslører gode anatomiske og fysiologiske kunnskaper. Kineserne forstod hvordan bl.a. hjertet og blodårene henger sammen og fungerer (Heyerdahl og Lystad, 1991; Pöyhönen, 1997). Verket har fortsatt aktuell verdi som kulturhistorisk dokument, og som en analyttisk dybdegående beskrivelse av forholdet mellom mennesket og dets omgivelser (Karlsen, 1997).

2.1.2 Teoretisk forklaring

TKM er en holistisk medisin i det den kinesiske filosofien betrakter alt i hele kosmos som et integrert hele (Pöyhönen, 1997). ”Mennesket er en del av den universelle helhet, og den enkelte legemsdel er en integrert del av hele mennesket. Hver del kan bare forstås i lys av sin sammenheng med helheten.” (Heyerdahl og Lystad, 1991, s 59). Ingen ting eksisterer isolert, i energi er det materie og i materie er det energi. Denne dualistiske manifestasjonen av helheten, Dao/Tao, uttrykkes gjennom teorien om yin og yang (Pöyhönen, 1997).

Vann og Ild

Vann og Ild representerer de to opprinnelige dualistiske aspekter i en motsetning. Basert på egenskapene til vann og ild kan alt i naturen klassifiseres enten som yin eller yang. Det med grunnleggende ild egenskaper for eksempel hete, bevegelse, klarhet, retning oppover og utover, spenning og kraft, tilhører yang. Kulde, stillhet, mørke, nedover og innover, hindring og svakhet er områder som tilhører yin. Teorien ble brukt til å observere, analysere og generalisere fenomener i den materielle verden. Den tidlige yin-yang teori ble dannet i Yin og Zhou dynastiene i det 16 århundre, 221 f.Kr. (Xinnong, 1987).

Innenfor det medisinske felt anvendes teorien for å forklare menneskekroppens fysiologi og patologi, og til å lede kliniske diagnoser og behandling (Xinnong, 1987). Derfor er det nødvendig å kjenne til teorien ved anvendelse av TKM intervensjoner lik qigong som benyttes i denne studien.

2.1.3 Yin og Yang teorien ☯.

Det er utviklet fem prinsipper om yin og yang.

1. Alle ting i den naturlige verden har motsatte kvaliteter som kan uttrykkes gjennom begrepene yin og yang. Døgnet deles i kategoriene dag (yang) og natt (yin), kjønn i mann (yang) og kvinne (yin), retninger kan være opp (yang) og ned (yin), temperatur: varm (yang) og kald (yin) osv. Kvalitetene er motsetninger i relasjon til hverandre, men samtidig beskriver de ulike perspektiver ved det samme fenomen (Pöyhönen, 1997). Se tabell 1.




2. Et yin eller yang aspekt kan videre deles inn i yin og yang. Et fenomens yin-yang natur er ikke absolutt, men relativ, og kan uendelig deles inn i en annen yin og yang kategori. Kald

(yin) kan deles inn i lunken og moderat kald. Forsiden på mennesket er yin i forhold til baksiden, mens magen er yin i forhold til brystet (Kaptchuk, 1987).

3. Yin og yang skaper hverandre gjensidig. Yin og Yang er avhengige av hverandre for å gi mening og de kan ikke eksistere isolert. Begrepet temperatur gir ingen mening uten kulde (yin) og varme (yang). Universet er i en konstant tilstand av svingninger mellom disse motsatte krefter (Pöyhönen, 1997; Graungaard, 1990; Kaptchuk, 1983).

Tabell 1

Yin og yang prinsippene

Begrep	Yin	Yang
 Yin og yang symbolet	 Yīn	 Yáng
Døgn	Natt	Dag
Kjønn	Kvinne	Mann
Retning	Ned	Opp
Temperatur	Kald Iskald	Varm Kald

Tegningene er hentet fra Internett, tabellen er laget av Birkeflet (2002).

4. Yin og yang kontrollerer hverandre. Er yin i overskudd, vil yang bli for svak og vice versa. Er temperaturen verken for kald eller for varm, da er både de kalde og varme aspektene gjensidig kontrollert og holdt i sjakk (Kaptchuk, 1987).

5. Yin og yang omdannes til hverandre. En av de to kan transformeres til dens motpart, f. eks kan yang transformeres til yin og vice versa. Yin eller yang aspektet i et fenomen vil begrense den andre gjennom motstand. Varme (yang) kan fjerne kulde, mens kulde (yin) kan senke en høy temperatur (Xinnong, 1987).

Yin yang symbolet, Taoistsymbolet, T'ai Ch'i.

Tabell 1 viser yin yang symbolet. Sirkelen representerer det hele som er delt inn i yin (sort) og yang (hvit). De små sirlene i motsatt farge illustrerer at inni yin er det litt yang og vice versa. Den dynamiske kurve som deler dem indikerer at yin og yang er kontinuerlig sammensmeltet,

kreerer hverandre, kontrollerer hverandre og transformerers til hverandre (Kaptchuk, 1987). Watson (1999) bruker yin/yang begrepene til å kategorisere sykepleie som en feminin energi (yin), som inneholder en flekk av yang, den maskuline medisinen, denne inneholder igjen en flekk yin, sykepleie (Watson, 1999). Jung (1969) illustrere at mennesket alltid har en motpol i seg, mannen (yang) har den kvinnelige pol (yin) i sin psyke og kvinnen den mannlige – anima og animus (Engelbrecht, 1982). Fysikeren Niels Bohr brukte yin yang tegnet som symbol på komplementaritetsbegrepet (Engelbrecht, 1982). Se tabell 1.

2.1.4 Anvendelse av yin og yang teorien i Tradisjonell Kinesisk Medisin

Etter premisset om at mennesket er et integrert hele, anvendes yin og yang teorien for å forklare den organiske strukturen i menneskekroppen. Alle organer og vev er forbundet og kan deles i to motsatte aspekter etter deres funksjon. Bevegende og varmende funksjon er yang, mens nærende og fuktende funksjon er yin. Etter anatomisk lokalisasjon er øvre, ytre og laterale del av kroppen yang, mens nedre, indre og mediale deler er yin (Xinnong, 1987).

De funksjonelle kropps aktiviteter (yang) konsumerer næringssubstans (yin), og er samtidig den drivende kraft for produksjonen av nærende substanser i kroppen. På denne måten er yin og yang i en tilstand av kontinuerlig gjensidig forbruk og produksjon. De opprettholder en relativ balanse i kroppen og beskytter organismen mot invasjon av patogene faktorer (Xinnong, 1987).

Dersom yin og yang svikter i å støtte hverandre, og forholdet går under normale fysiologisk grenser, vil yin og yang separeres. Dette resulterer i overskudd eller underskudd av enten yin eller yang, og den relative fysiologiske kroppsbalanse vil bli ødelagt, de vitale kropps aktiviteter opphører og det oppstår sykdom (Kaptchuk, 1987; Xinnong, 1987). Relativ balanse mellom yin og yang sammenligner jeg med feedbackmekanismen for regulering av hormoner i kroppen. Fall i serum kalsium konsentrasjonen fører til økt sekresjon av parathyroidea-hormon som hever kalsium nivået. Ubalanse i reguleringen fører til sykdom.

Yin-yang og patologiske forandringer i kroppen. Yin-yang teorien anvendes til å forklare patologiske forandringer. Forekomsten og utvikling av sykdom er relatert til antipatogen energi, ”immunforsvaret”, og til de patogene faktorer. Begge kan deles i yin og yang (Xinnong, 1987).

Varme ubalanser. Hete eller varme sykdommer oppstår som følge av overvekt av yang-energi i kroppen, som kan skyldes eksponering for varme patogene faktorer. Yang konsumerer yin/væske i kroppen, og gir ytterligere overvekt av varme (Xinnong, 1987). For eksempel en bakterie infeksjon som gir feber og forbruk av kroppsvæske. En annen årsak til overvekt av varme er i følge Xinnong (1987) et underskudd i yin-væske som svikter i å kontrollere hete. Yin svekkes gjennom tap av kroppsvæsker, stress, dårlige levevaner osv. I begge tilfeller er det en forholdsmessig ubalanse med underskudd av yin og overvekt av yang (Xinnong, 1987).

Kalde ubalanser. Kalde sykdommer opptrer når yin-patogene faktorer fører til en overvekt av yin som skader yang (forfrysning, overkonsumering av mat med kjølede egenskaper), eller som følge av et konstitusjonelt yang underskudd som svikter i å kontrollere yin (tap av yang gjennom usunne levevaner). I begge tilfeller er yang i et relativt underskudd i forhold til yin som er i relativt overskudd i forhold til yang (Xinnong, 1987).

For å identifisere, forebygge og behandle ubalanser er det nødvendig å kjenne til hvordan ubalansene oppstår og hva de gjør med energiene i kroppen. Kunnskap om sunne levevaner kan inkorporeres i qigong undervisningen.

Sykdomsårsaker. Det er fire hovedfaktorer til sykdom, eller ubalanse i yin og yang energiene: ytre faktorer, emosjonelle faktorer, feilernæring og traumer. Disse kan videre deles opp i underkategorier (Xinnong, 1987).

Ytre patologiske faktorer. Ytre patogene faktorene reflekterer seks klimatyper i naturen; vind, kulde, sommer-hete, damp, tørrhet og hete. Ved ekstreme eller brå klimaforandringer, eller ved lav kroppsmotstand vil klimaet kunne forårsake sykdom (Xinnong, 1987). Qigong forklarer hvordan utsettelse for klimafaktorer som vind og kulde/trekk kan føre til forkjølelse, og stive nakkemusklene, og gir råd om hvordan en beskytter seg.

Traumer og feilernæring. Traumatiske skader inkluderer insekt eller dyre bitt, skuddsår, snitt, kvestelser, forbrenning, brudd, forstuvninger og for tunge løft. Feilernæring inkluderer overanstrengelse, stress, for lite mosjon, for mye eller for lite seksuell aktivitet, i tillegg til forspising, fråtsing i spesiell mat, inntak av uren mat: matforgiftning eller parasitter i maten.

Matinntaket skal tilpasses kravet fra kroppen for å unngå ulike symptomer og sykdom (Xinnong, 1987). Maten deles inn etter yin og yang prinsippet. Kylling er eksempelvis varm og søt og har varmende og styrkende effekt på kroppen. Kylling brukes derfor som et energitilskudd til svake pasienter og barselkvinner. Varm mat (krydder) forsterker indre hete og unngås ved varme symptomer (Lu, 1986). For mye kald og rå mat svekker yang energien, men kan brukes som behandling av en varm ubalanse (Xinnong, 1987).

Emosjonelle faktorer. De sju normale emosjonelle faktorene er glede, sinne, melankoli, bekymring, sorg, frykt og engstelse. Hard, kontinuerlig eller plutselig inntreffende emosjonell stimuli, som overgår organismens regulerende tilpasningsevne, vil innvirke på menneskekroppens fysiologiske funksjoner. De emosjonelle faktorene rammer de indre organene direkte ved at energi (qi) og blodforsyningen til organene blir forstyrret, og dette fører til kliniske manifestasjoner og patologi. Derfor betraktes de for å være hovedfaktoren til endogene sykdommer (Xinnong, 1987).

Overbelastning, stress eller mangel på trening. Balanse mellom trening og hvile er nødvendig for å bygge opp kondisjonen og forebygge sykdom. For lite trening svekker energi og blodsirkulasjonen, mage-milt funksjonen og fører til dårlig appetitt, lite energi, slapphet, fedme, andpustenhet og kan indusere andre sykdommer. Overbelastning og stress konsumerer vitalenergien i kroppen og svekker antipatogen energi (immunforsvaret) og fører til vekttap, slapphet, insomnia, palpitasjoner, svimmelhet og tåkesyn (Xinnong, 1987). Disse symptomene betraktes i vår kultur som tegn på utbrenthet som kan være en følge av overbelastning og stress (Stray, 2002). Stress svekker immunforsvaret og kan øke sjansen for å utvikle alvorlig sykdom med 80 % (Bruset, 1993). Både utbrenthet og stress kan føre til opplevelse av dårlig livskvalitet og dermed kunne fanges opp i et instrument for livskvalitet.

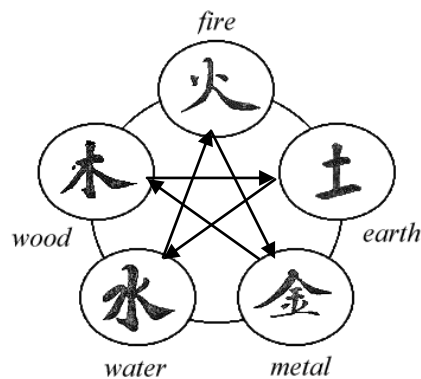
2.1.5 De fem elementene

Fem element teorien var dannet i det 16. århundre, 221 F.Kr., og ble utviklet gjennom folkets observasjoner av naturen. Kineserne erkjente at tre, ild, jord, metall og vann var uunnværlige i dagliglivet, og fundamentale for livsoppretholdelse. Alle fenomener i universet korresponderer i naturen enten til tre, ild, jord, metall eller vann. De har gjensidige slektskap, er avhengige av hverandre og er uatskillelige. De er i en tilstand av konstant bevegelse og

forandring (Xinnong, 1987). Figur 3, hentet fra Internett, illustrerer fem element teorien og hvordan energien beveger seg gjennom elementene.

Den *generative syklus*, heltrokke linje, viser hvordan hvert element skapes og styrkes gjennom det foregående element. Av ild oppstår aske som blir til jord, i jord finnes metaller, metaller produserer vann ved smelting eller rust, vannet nærer trærne, trærne nærer ilden. Den *kontrollerende syklus*, pilene, viser hvordan hvert element kontrolleres av det element som er foran det foregående element. Ilden smelter metallene, metallet (øksen) hugger treet, trærne binder jorden, jorden demmer opp vannet, vannet slukker ilden (Schjelderup, 1989).

Figur 3 De fem elementene



Fem elementer i medisin. Fem element teorien var et teoretisk verktøy for å forstå og analysere alle fenomen i naturen. Den anvendes til å generalisere, karakterisere og forklare det biologiske og patologiske forholdet mellom organene, og mellom menneske kroppen og de ytre omgivelsene. Teorien leder kliniske diagnoser og behandling (Xinnong, 1987).

Schjelderup (1989) mener at fem element teorien kommer best frem når den anvendes på de menneskelige emosjoner. Hvert element er knyttet til et organ, en emosjon og en rolle (Schjelderup, 1989). Moxnes (1996) relaterer de fem elementene til dyprollene, bestanddeler i sjelen, som har utviklet seg etter samme grunnprinsipp som naturen, ved motsetningens symmetri. Kunnskap om livets motsetninger hentet fra fortellinger om roller og karakterer i mytologi og eventyr benyttet både Freud og Jung som kilde til dyprollene (Moxnes, 1996). Motsetningenes kraft i naturen symboliseres i kinesisk tradisjon gjennom yin yang symbolet som deles inn i åtte sektorer. De representerer 8 trigrammer (beskrevet i I-Ching, ”The book

of change”) som omtaler nedarvede dyroller som tilsvarer basiske personlighets eller bevissthetskomponenter. Det er 8 symbolske figurer, 4 mannlige og 4 kvinnelige med et symbol på en familierolle: far, mor, 3 døtre og 3 sønner (Moxnes, 1996; Wasiutynski, 1998).

Det er funnet forbindelse mellom den jungianske psykologen Robert Moore's (1990) modell på psykens 4 arketyper: kongen, krigeren, elskereren og den vise, og fem element systemet i TKM. Å uttrykke den arketyperiske situasjonen på den rette måten under sykdommen, er viktig for helbredelse (Dolowich, 1991). Fem element teorien kan på denne måten anvendes som et verktøy forenelig med Ventegodt (1995): - å jobbe med/å få dypere kontakt med seg selv. Qigong balanserer energisirkulasjonen i de fem elementene og berører derigjennom forstyrrelser i de dype arketyperne i psyken. Den helhetlige forståelsen av tilstanden kan gi innblikk i det som ligger bak den enkeltes ubalanse. Under følger en beskrivelse av arketyperne og deres forbindelse med fem element teorien.

Kongen/keiseren. I fem element teorien plasseres organet hjertet innenfor elementet ild som er yang og maskulint. Hjertet rommer sjelen, livsmotet og tillegges keiserens funksjoner. Hos Jungianerne tilsvarer dette arketyperen kongen eller den gode far. Kongen finnes overalt som et symbol på ro og orden, han representerer himmelens vilje på jorden og forbinder riket med en høyere hensikt. Gjennom han blomstrer kongedømmet, han gleder seg over andres arbeid, gir velsignelse og fostrer kreativitet. Kongen er legemliggjøring av livsprinsippet. Når vi har tilgang til vår indre konge, føler vi en stillhet/ro og hensikt i vårt arbeid. Folk som distanserer seg fra arketyperen kongen (ofte pga. manglende farsfigur) føler ofte indre kaos og tap av hensikt. Det kan føre til angst, panikktilstander eller tvangsatferd for å skape orden. Når en ikke finner sin indre konge og projiserer den til andre, oppstår den avhengige personlighetstype (Dolowich, 1991). Freud mente at mennesket hadde behov for å skape en gud som en farsfigur. Kongen forsvaret troen og meningen, hans symbol er himmelen og solen, tegn på den åndelige ambisjon i det maskuline prinsipp (Moxnes, 1996).

Krigeren. Krigeren tilhører elementet tre som omfatter organet lever og emosjonen sinne. Krigeren tjener kongen (jf. skapende syklus) og kan utstå all smerte for å forsvare riket. Elementet representerer evner som strategisk planlegging, handlingsbeslutninger, disiplinens kraft og fokus, styrke og kraft til fødsel og kreativitet (Dolowich, 1991).

Elskeren. Elskeren står for glede og erotikk og tilhører ildeelementet. Han guider subjektene i deres gleder og nytelser, og har ansvar for varme forbindelser. Når denne energien er samlet kjennes glede og bevisst opplevelse av tilhørighet (Dolowich, 1991).

Den vise. Den vise er arketypen for bevissthet og forståelse, mesteren for esoterisk kunnskap. Dette er vår indre guru, relatert til elementet metall og organet lunge, ”statsministeren” som får ren qi fra himmelen. Utøvere av ”healing arts” (sykepleier) fungerer under denne arketypen, de skal under trening og kunnskap lede transformasjonsprosessen (Dolowich, 1991).

Ubalanser i elementene. Ubalanse i energisirkulasjonen fører til mangel på eller oppdemming av energi andre steder i systemet. Elementenes funksjon hemmes, de oppstår emosjoner og ubehag som fører til ulik atferd. Ubalanse over lang tid kan gi sykdom. Stagnasjon i tre/lever elementet gir ulike typer aggressiv atferd, behov for syrlig mat, og skaper gjennom kontrollerende syklus ubalanse i milt/jord elementet som svekkes. Hvilket fører til slapphet, grubling, trøstespising med trang til søtt. Generativ syklus svekker over tid metall/lunge elementet med gråt, forkjølelse, allergier, trang til skarpe smaker osv. (Xinnong, 1987).

Symptomene fra ubalanser i de fem elementene omfatter det Aggernæs (1987) definerer som uttrykk for nedsatt livskvalitet. Det er bl.a. uforklarlig angst og depresjon og ubehagelige affekter som surhet, sinne, raseri og uforklarlig tretthet, irritabilitet, rastløshet eller sløvhet. Uttrykkene kan forekomme ved biologisk sykdom eller dysfunksjon, og/eller være forårsaket av frustrasjoner på andre behovsområder. Atferd er behovtilfredsstillelse som for eksempel aggressiv atferd, erstatningsbehov og sykelige behov, som bl.a. overforbruk av mat og alkohol (Aggernæs, 1987). Når behovet tilfredsstilles oppleves glede ved, lettelse over, befrielse, fryd, eller beruselse. Ved problemer med behovtilfredsstillelsen oppstår engstelse, frykt, nervøsitet, panikk, skrekk eller sinne eller raseri overfor den eller det som frustrerer behovet. Ved inntrådt frustrasjon kan en også se vrede, sorg, lidelse, sjalusi, fortvilelse, skuffelse, savn, vemod, komme til kort følelse eller resignasjonsfølelse (Aggernæs, 1987). Når energien flyter fritt gjennom de fem elementer, hvilket er målet for qigong, oppleves harmoni, stillhet og ro og hensikt med vår eksistens. Den underliggende enheten mellom en selv og alt liv føles og gir en dyp følelse av fred, kjærlighet og forståelse (Ross, 1995).

2.1.6 Definisjon av qigong og sentrale begreper

Qigong. Qigong skrives på ulike måter i litteraturen; qi gong, qigong, chi gong, chi kung. I denne studien brukes qigong. Qigong består av to ord qi og gong.

Qi. Qi uttales “chee” som i “cheese”, transkribert i Wade-Giles som *ch'i*, og i den japanske tradisjon skrevet som “ki”, uttalt som den engelske “key” (Weiseman and Ye, 1998).

Figur 4, hentet fra Internett viser ideogrammet for Qi. Aamo (2000) opplyser at etter det etymologiske leksikonet Shuo-wen, av Hs Shen fra Han-perioden, består ideogrammet for qi av komponenten mi (ris) og tegnet for damp eller kokende vann, den nærende dampen fra kokende ris. Kokt ris har vært den mest nærende kilde i Kina. Ris er materielt, dampen er fuktig og uåndgripelig (Aamo, 2000).

Figur 4 Ideogrammet for qi



Qi er et sentralt begrep i kinesisk tenkemåte og er et samlebegrep som omfatter energi, funksjon, forandring, bevegelse, dynamikk (Heyerdahl og Lystad, 1991). Qi er “livsenergi”, urkraften, opphavet til alt, er i alt, omfatter hele universet, både uorganisk og organisk. Alle aktiviteter og bevegelser er et uttrykk for qi. Qi bygger opp kroppen og flyter gjennom alt levende. Det levende er avhengig av qi for å eksistere (Andersen, 1999; Choen, 1997).

Qi arvet fra foreldrene, tilført gjennom innåndet luft og gjennom fødeinntak, forenes i kroppen til en sirkulerende qi. Qi ernærer kroppen og danner grunnlaget for energiomsetningen i organismen. Qi er en del av immunforsvaret som beskytter kroppen mot angrep fra ytre patogene faktorer som kulde og infeksjoner (Heyerdahl og Lystad, 1991). Qi eksisterer i forskjellige former og kan bl.a. deles i yin og yang qi. Tabell 2 gir en oversikt over betydninger av qi.

Tabell 2

Ulike betydninger av begrepet qi.

Et TKM oppslagsverk gir følgende definisjon av qi begrepet: Luft, gass, damp, flatus, lukt, aura. Miljømessige krefter (f.eks. kulde, damp, tørrhet etc.) beskaffenhet, pust. Alle forskjellige dynamiske fenomener i kroppen; menneskelig vekst og utvikling, alle fysiologiske aktiviteter og metabolismen. Varming: menneskekroppens temperatur og organenes og venenes evne til å utføre deres funksjon. Forsvar: Qi er kroppens ytre forsvar som forhindrer at sykdom kommer inn. Transformasjon: Produksjon av blod og væske, fordelingen av væsker, og omdanning av væsker til svette og urin er alt resultat av qi-transformasjon. Oppdemming: Qi holder på blodet. Denne funksjonen forebygger også stort tap av væsker gjennom oversekresjon av svette og andre væsker eller rikelig urinering. Styrke. Sinne. Sykdom (Weiseman and Ye, 1998).
--

Tabellen er laget og oversatt av Birkeflet (2002).

I menneskekroppen referer qi-transformasjon til livsaktiviteter, en prosess hvor yin qi og yang qi omformes og produserer hverandre; bevegelsen og fordelingen av blod og væsker, fordøyelsen, opptagelse av mat, utskillelsen av avfallsstoffer, opprettholde kroppsvarmen, vekst og utvikling, osv. Opphør av qi-transformasjon er opphør av liv (Weiseman and Ye, 1998).

Helse avhenger av tilstrekkelig qi som flyter uhindret og ikke er blokkert eller stagnert. Qi kan komme i ubalanse, svekkes eller akkumuleres og forårsake sykdom og fysisk eller psykisk ubalanse (Andersen, 1999; Choen, 1997). Qi sirkulerer i menneskekroppen i blodårene og i et nettverk av kanaler som kalles meridianer (Heyerdahl og Lystad, 1991; Maciocia, 1989; Kaptchuk, 1983).

Gong. Gong betyr manipulasjon av vital energi (Katchmer, 1993), arbeid eller fordeler oppnådd gjennom utholdenhet og trening (Choen, 1997). Qigong er kontroll og manipulasjon av qi i overensstemmelse med naturlovene (Katchmer, 1993). Qigong, qi kultivering, er å arbeide med livsenergien gjennom selvhelende øvelser som består av legende stillinger, bevegelse, selvmassasje, pusteteknikker og meditasjon. Flyten og fordelingen av qi i kroppen kan på denne måten kontrolleres for å skape sirkulasjon, bedre helsen og oppnå harmoni i kropp og sjel (Choen, 1997). Qigong er et sett øvelser for å trene indre oppmerksomhet og rendyrke og lagre opprinnelig qi (Grossinger, 1995).

Qigong har blitt brukt i over 5000 år og er fremkommet ved å studere dyrs bevegelser. Tegninger og kalligrafitegn som beskriver øvelsene er funnet på silke og keramikk som er datert til å være eldre enn 5000 år (Andersen, 1999; Guo, 1994).

Ufullstendige tall mener at det i fastlands Kina i 1988 var minst 350 – 400 ulike former for qigong med flere underklasser. Det er syv hovedgrener qigong: taoistisk, konfusisk, buddhistisk, kampsport, medisinsk, folketype og en moderne syntese. Buddhistene vil oppnå opplysning bl.a. gjennom qigong-meditasjon, Taoistenes søker å forsterke både det fysiske og mentale liv. Tai Chi Chuan er en form som er utvunnet fra kampsport. Hver qigongtype har sitt spesielle uttrykk med ulike fremgangsmåter og øvelsesteknikker. Etter holdning og bevegelse klassifiseres formenes i tre stiler: stillhet stil, bevegelse stil og en kombinasjonsstil (Guo, 1994).

Stillhets qigong er stillestående, passiv, jing gong, som består av pusteøvelser i liggende, sittende eller stående positur med formål å regulere eller styre qi. **Bevegelses qigong** eller aktiv qigong, dong gong, består i sakte, rytmiske bevegelser og selvmassasje (Andersen, 1999; Weiseman and Ye, 1998). Bevegelses qigong deles i indre qi-trening, neiqigong og ytre qi-trening, waiqigong. Tabell 3 viser inndeling qigong.

Tabell 3

Inndeling av qigong

<p>”Passiv”, stille qigong Jing gong</p> <p>Zuowang, Zuochan og Zhanzhuang.</p> <p>Qigong utført i stillestående posisjon, stille trening, meditasjon. Pusteøvelser i liggende, sittende eller stående positur. Formål: å regulere og beherske eller styrke qi.</p>	<p>Aktiv qigong, trening gjennom bevegelse Dong gong</p> <p>Daoyin, massasje, Tai Chi Chuan og Five Animal movement. Sakte, rytmiske bevegelser og selvmassasje</p>	
	<p>Indre qigong, Neiqigong</p> <p>Aktiviserer sin indre iboende, helende kraft for selvhelbredelse, å opprettholde eller fremme sin egen helse.</p>	<p>Ytre qigong, Waiqigong</p> <p>En qigongmester sender ut qi fra egen kropp for å utøve behandling på en pasient. Er en del av institusjonalisert medisinsk behandling i Kina. (Kan sammenlignes med TT)</p>

Tabellen er laget av Birkeflet (2002).

Indre qi-trening er å aktivisere sin indre iboende helende kraft for selv helbredelse eller å opprettholde eller fremme egen helse. Medisinsk praksis regnes ikke som en enveis utførelse fra legen, men er en samarbeidsoppgave med pasienten. **Ytre qi-trening** er når en qigong mester ved hjelp av sin utsendte qi behandler pasienten. Utsendt qi for å fjerne smerte, qigonganestesi er et eksempel på dette. Denne behandlingsformen inngår som del av den institusjonelle medisinske praksis i Kina (Yasuo, 1993). Dette kan sammenlignes med terapeutisk berøring i sykepleie.

Det er fire tradisjonelle anvendelser av qigong: vitenskapelig-, medisinsk-, militær- og

religiøs bruk av qigong (Katchmer, 1993). **Vitenskapelig qigong** har en mer filosofisk tilnærming. Formålet var å utvikle et rolig sinnelag og kropp, for å opprettholde en mental objektiv tilstand som var nødvendig for vitenskapelighet og for å opprettholde god helse (Katchmer, 1993). **Medisinsk qigong** er kontrollering av qi og få denne til å sirkulere uhindret rundt i kroppen for å opprettholde helse eller helbrede sykdommer (Katchmer, 1993). Det er denne retningen som benyttes i denne studien. **Militær qigong** styrker kroppen og energifeltet for kamp. Konsentrering av qi leverer maksimum kraft i en kamp. Behersking av kraften tilkjennegies i å knuse steinblokker, bøye jernstenger osv. (Katchmer, 1993). Det er interessant dersom denne kraften kan beherskes i helsesammenheng. **Religiøs Qigong** brukes for å oppnå religiøs opplysning for å forstå det åndelige aspektet av universet (Katchmer, 1993).

2.1.7 Anvendelse av qigong i dagens Kina

Qigong ble praktisert i familier og konfidensiell kunnskap ble overlevert fra mester til elev. På 1940 tallet ble qigong et åpent tilbud til alle (Aamo, 2000) og ble integrert i helsevesenet etter kulturrevolusjonen i 1976. Qigong praktiseres på sykehus i behandling av både vanlige og alvorlige sykdommer, også kreft. Myndighetene oppmuntrer til å styrke/forebygge egen helse ved slik trening. Qigong praktiseres av folkemasser i parker, og er en rimelig metode (Andersen, 1999). Qigong kan praktiseres uavhengig av utstyr, stor plass, alder og fysisk kondisjon (Choen, 1997). Flere artikler, Anselmo og Kolkmeier (2000), Chohen (1997), Sancier's (1996), Sherwin, (1992), Skoglund (1992) viser at det er funnet medisinsk effekt etter qigong-trening.

Det er foreløpig ikke funnet tilgjengelige studier på qigong og livskvalitet. Sancier's (1996) oversiktsartikkel av kinesiske studier referer bedring i livskvalitet etter qigong-trening, men det fremgår ikke hvilke livskvalitetsmålsvariabler studiene benyttet. Engelske abstrakter for kinesiske studier opererte med begrepet "life quality", fremfor "quality of life" som vanligvis benyttes i litteraturen. Engelsk/kinesisk tolk ved Nanjing College of TAM og Ingar Holst som har kinesisk hovedfag ble rådspurt. Tolken forstod ikke problemstillingen og hadde ikke kjennskap til begrepet. Holst mente at ordet "shenghuo jiazhi" som oversettes til engelsk med "life quality" betyr funksjonsdyktighet, og er fjernt fra hva vi legger i begrepet livskvalitet som ikke finnes på kinesisk (vedlegg 2).

2.1.8 Oppsummering – mennesket sett i lys av TKM-begrepene

Mennesket er en organisk helhet. Kroppsdelene, organene og vevet som danner helheten kan deles inn i yin og yang i forhold til hverandre. Hvert individ har et særegent energetisk mønster dannet av fysiske, emosjonelle, psykiske, åndelige, sosiale og intellektuelle aspekter. Kropp og sjel er i ett, som energi og materie, innbyrdes relative, men ikke separerte. Dette individuelle symptombildet danner et mønster som gir grunnlag for behandlingsopplegg (Pöyhönen, 1997) dvs. valg av qigongøvelser, diettveiledning og råd om liveregler.

Det er et samspill mellom mennesket og omverdenen; himmel og jord. Livet betraktes som en rotasjon som opprettholdes av kreftene yin og yang. Vekselvirkningen mellom disse to kreftene styrer universet og mennesket som en del av dette (Graungaard, 1990). Mennesket kan betraktes som et mikrokosmos som manifesterer samme mønster som universet. Elementene i mikrokosmos korresponderer til elementer i makrokosmos (Kaptchuk, 1987). TKM har å gjøre med energifelt og forholdet mellom de ulike typene, nivåene og kvaliteten på energien inni disse feltene. TKM dreier seg om energimønstre, og er et system som bruker energiparadigme (Katchmer, 1993). Det ble tilstrebet å finne en sykepleieteori som har et tilsvarende helhetlig syn.

2.2 Valg av sykepleieteori

Fawcett (1995) beskriver ulike sykepleieteorier og Kim (1999) gir en oversikt over sykepleie teoretikere som forsvarer helhetlig filosofi i beskrivelsen av deres sykepleieteori (Rogers, Orem, Roy, Newman, Parse, King, Levine, Watson, Neuman) (Kim, 1999). På bakgrunn av en gjennomgang av de nevnte teoretikerne kom det frem at Parse's (1982, 1987) teori har adoptert flere konsepter fra Rogers (1970), men Parses teori er mer sentralt rotfestet innenfor den eksistensielle fenomenologiske ontologi. Newman (1986) har utgangspunkt i Rogers (1970), beveger seg mot eksistensiell fenomenologi og spiritisme, men fastholder noen holistiske grunnsetninger. Watson's (1985) teori antar ikke hovedstrømmen innen holisme fra et ontologisk synspunkt (Kim, 1999; Owen & Holmes, 1993). Rogers (1970) teori stod tilbake med en del fordelaktige holdepunkter for denne studien.

Fordelene var at Rogers (1970) teori "The Unitary Human Being", TUHB, har forbindelse med ulike holistiske syn (Kim, 1999) og er benyttet som forklaringsmodell innen

sykepleierintervensjonen terapeutisk berøring (TB) (Krieger, 1986). TB har fellestrekk med deler av qigong (Krieger, 1986; Sayre-Adams og Wright, 1995; Sherwin, 1992; Yu, 1997-98). Det er funnet likheter i begreper fra østlig filosofi som er sammenliknet med Rogers' (1970) vitenskapsteori (Hanchett, 1992). I TKM brukes begrepene energi, energifelt og mønster, disse begrepene finnes også i Martha Rogers teori. Det er på denne bakgrunn at TUHB ble valgt for å danne et bindeledd mellom sykepleie og TKM i denne studien, slik at qigong kan forsvares som en sykepleieintervensjon.

2.2.1 Kort presentasjon av Martha Rogers

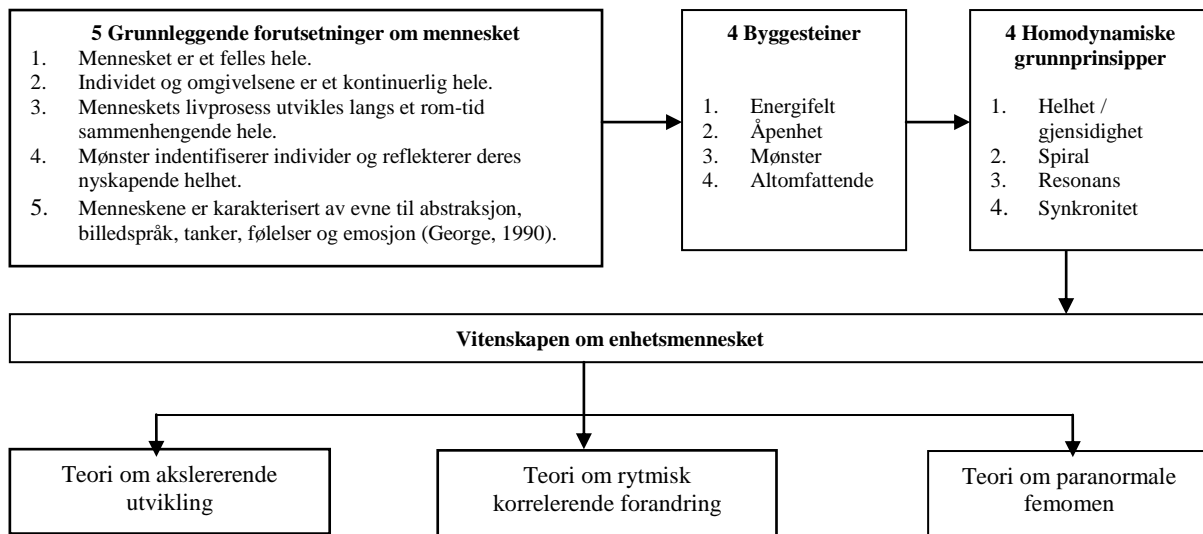
Martha Rogers ble født 12.05.1914 og døde 13.03.1994. Hun hadde bakgrunn i universitetsfag som psykologi, fransk, zoologi, genetikk og embryologi. Hun oppnådde Bachelor of Science i Public Health Nursing i 1937, Master's degree i 1945, og senere doktorgrad. Hun har virket som helsesøster, avdelingssykepleier, utdanningsleder og grunnla den første hjemmesykepleie i Phonix, AZ. i 1945. Hun var avdelingsleder for sykepleie ved New York Universitet, gikk av som professor i 1975 og ble professor Emeritus i 1979 (Barrett, 1994).

Opphavet til Rogers teori var hennes første bok "Educational Revolution i Nursing" som fokuserte på mennesket og livsproessen som basis for å hjelpe å nå maksimalt velvære (Malinski, Barrett, 1994). Sykepleiepraksis som ledes av vitenskapen om enhetsmennesket bidrar til menneskelig forbedring hvordan enn det defineres av samfunnet. Sykepleien kan på denne bakgrunn bistå både pasienter og sykepleiere til å bli mer oppmerksom på sine egne rytmer og til å gjøre valg blant en rekke muligheter i overensstemmelse med deres oppfatning av velvære (Fawcett, 1995). Sykepleie praksis er kreativ bruk av sykepleiens teoretiske kunnskapsmasse til menneskelig tjeneste. "Nursing is the study of unitary, irreducible, indivisible human and environmental fields: people and their world." (Rogers, 1992, s 29).

2.2.2 The Science of Unitary Human Beings

Teorien, skjematisert i figur 5, beskriver 5 forutsetninger om mennesket og livsproessen, basert på disse identifiseres 4 byggesteiner, postulater som gir grunnlaget for å definere enhetsmennesket. Denne basisen er brukt til å utvikle de 4 prinsippene om homodynamikk. Prinsippene beskriver menneskets og omgivelsenes struktur, deres gjensidige påvirkning og forandring. De brukes for å forstå naturen, retningen og styrken av forandring (Biley, 1990).

Figur 5 Marta Rogers begrepsmessige ramme for sykepleie



Figuren er laget av Birkeflet (2002).

Teorien "The Science of Unitary Human Beings" avleder tre underordnede teorier; "Theory of Accelerating Evolution", "Theory of Rhythmical correlates of change", "Theory of paranormal phenomenon" (Fawcet, 1995).

De fire byggesteiner. De fire byggesteiner er energifelt, åpenhet, mønster og et altomfattende syn (Rogers, 1992).

1. Energifelt

Energifelt utgjør den grunnleggende komponent for det levende og det ikkelevende. Felt er et samlende begrep og energi betegner feltets dynamiske karakter. Det er identifisert to energifelt: menneskefeltet og omgivelsesfeltet. Det spesifiseres at menneske og omgivelsesfeltet ikke har energifelt, men at de er energifelt (Rogers, 1970, 1992).

Enhetsmennesket, menneskefeltet:

Enhetsmennesker er ureduserbare helheter i et usynlig, altomfattende energifelt som strekker seg videre utover det som vi oppfatter som mennesket. Konsentrasjonen av energi som er synlig for det blotte øyet utgjør bare en del av individets identitet. Noen ganger kan menneskets energifelt utvide seg inn i omgivelsene, og andre ganger tekke seg tilbake mot menneskets synlige kjerne. Energifelt er i en uavbrutt tilstand av flyt og varierer i intensitet, tetthet og utstrekning. Feltet er i konstant interaksjon med omgivelsenes grenser (Biley, 1990).

Omgivelsesfeltet

Omgivelsesfelt er et ureduserbart, altomfattende energifelt identifisert av mønster. Menneskefeltet og omgivelsesfeltet er i ett med hverandre. Det eneste som skiller dem er mønsteret som gir deres egen identitet. Feltbegrepet er et hjelpemiddel til å fornemme folk og deres respektive omgivelser som ureduserbare heler (Rogers, 1992). Teorien kan også anvendes på grupper.

Gruppeenergifelt

Gruppefelt kan være en familie, en sosial gruppe, eller et samfunn, en flokk eller en annen kombinasjon av disse. Gruppefeltet er ureduserbar og udelelig, det har sitt eget omgivelsesfelt som er unik til ethvert gitt gruppe felt (Rogers, 1992).

2. Åpenhet

Energifelt er dynamiske, udelelige og utvider seg til uendelighet, har ingen grenser og er derfor åpne. Åpenhet tillater utveksling med andre felt. Utvekslingen mellom energifelt har mønster som oppfattes som en enkelt bølge og skjer på ulike steder i den altomfattende rom tid (George, 1990).

3. Mønster

Feltmønster er en sentral ide i dette systemet og brukes for å referere til et energifelt. Feltmønster er en abstraksjon som ikke er direkte observerbar. Det er et karakteristisk kjennetegn på et energifelt oppfattet som en enkelt bølge. Manifestasjoner av feltmønstre er observerbare begivenheter i den virkelige verden. De oppstår i menneske-omgivelsesfeltets felles prosess og er kontinuerlig nyskapende. Mønsteret gir identitet til feltet. Hvert menneskefeltmønster er unikt, spesifikt for mennesket og er i ett med sitt eget unike omgivelsesfeltmønster. Mønstrene er uforutsigbare, kontinuerlige, nyskapende, kreative, bevegelige og forandres kontinuerlig ettersom situasjonen krever det. Forandring er gjensidig og tiltagende mangfoldig. Energifeltets mønster og manifesterte karakteristika er spesifikt til helheten. Et hele kan ikke forstås når det reduseres til dets enkeltdeler. Begrepet enhetsmennesker må ikke forveksles med begrepet holistisk, som uttrykker en summering av delene, enten få eller mange (Rogers, 1992).

4. Pandimensional/altomfattende

Altomfattende brukes om et uendelig område uten grenser, et enhetlig hele, et ikke-lineært område uten rom og tid egenskaper. Det er en måte å oppfatte virkeligheten på. All virkelighet er postulert til å være altomfattende, hvilket karakteriserer menneske- og omgivelsesfeltene. En beveger seg ikke inn i eller blir altomfattende. Et univers med åpne systemer sikrer menneskene og deres omgivelser voksende mangfoldighet. Postulatet tydeliggjør forandringens relative karakter (Rogers, 1992).

De fire homodynamiske prinsipper

De fire homodynamiske prinsippene om (helhet)gjensidighet, synkronisitet, spiralitet og resonans, postulerer måten livet forløper på og hvordan denne utviklingen skal forstås. Det er en måte å oppfatte enhetsmennesket på. Prinsippene postulerer de individuelle og gruppefelt forandringenes karakter og at disse endringene skjer samtidig. Forandring er kontinuerlig, gjensidig, irreversibel, ikke repeterbare, nyskapende og akselererende. Forandningsprosessen karakteriseres av felt mønsterets økende mangfoldighet. De er rytmiske i natur og vokser i kompleksitet av mønster og organisering. Prinsippene er vide generaliseringer for å utvikle testbare hypoteser for sykepleien for å forstå menneskets livsprosess, og for å beskrive, forklare og forutsi en rekke begivenheter relevant for sykepleie (Rogers, 1970, 1992).

1. Gjensidighetsprinsippet (helhet)

Prinsippene om gjensidighet baseres på forutsetninger om helhet, åpenhet og universets dynamiske natur. Menneskefeltet og omgivelsesfeltet er i konstant felles, gjensidig påvirkning. Dette indikerer at forming, og å bli formet, skjer i begge systemene samtidig. Det er menneskeomgivelses gjensidig påvirkningsprosess som maner fremtiden, fremfor menneskets fleksibilitet til å tilpasse seg til forandringer i omgivelsene. Menneskefeltet og omgivelsesfeltet er kontinuerlig restrukturert. Ved hver restrukturering er følgende gjensidige påvirkning revidert og nye strukturer hos mennesket og omgivelser kommer opp (Rogers, 1970). "Gjensidighet er funksjonen av den innbyrdes gjensidige påvirkningen mellom menneskefeltet og omgivelsesfeltet" (Rogers, 1970, s 97).

2. Spiral prinsippet

Spiralprinsippet innebærer at livsprosessen utvikles i en retning i sekvensielle trinn langs en kurve som har den samme generelle form hele veien, men som ikke ligger i et plan.

Spiralprinsippet dreier seg om kontinuerlig, nyskapende, uforutsigbar, voksende mangfoldighet og forandring av mennesket og omgivelsesfelt mønstre, som vokser ut av gjensidige påvirkning av mennesket og omgivelsene langs en spiralformet longitudinal akse bundet i rom-tid (Rogers, 1970, 1992).

3. Resonans prinsippet

Resonansprinsippet postulerer at forandringer i struktur og organisering av menneske- og omgivelsesfeltet overføres gjennom bølger. Menneskefeltets struktur er et bølgefenomen som omslutter menneske i sin helhet. Mellom mennesket og omgivelsene er det en rytmisk flyt av energi bølger. Livsprosessen, den individuell vekst utviklingsprosess, er en symfoni av rytmiske vibrasjoner som svinger på ulike frekvenser, en uendelig flyt av bølgemønstre. Den er kontinuerlig nyskapende og krever en modell om menneskets utvikling for å bli forstått (Rogers, 1970). Resonansprinsippet: Kontinuerlig forandring fra lavere til høyere frekvensbølgemønstre i menneske og omgivelsesfeltet (Rogers, 1992).

4. Synkronitetsprinsippet

Forandringer i menneskefeltet avhenger av menneskefeltets tilstand og den samtidige tilstanden til omgivelsesfeltet i ved ethvert gitt punkt i rom-tid (Rogers, 1970). ”Synkronitet er en funksjon av menneske feltets tilstand på et fastsatt punkt i rom-tid i gjensidigpåvirkning med omgivelsesfeltet på samme fastsatte punkt i rom-tid.” (Rogers, 1970).

Livsprosessen

Livsprosessen er homodynamisk, har sin egen identitet og er uatskillelig fra omgivelsene. Livet utvikler seg i en retning langs en spiralformet langsgående akse bundet i rom-tid krumningen. Livsutviklingen er en dynamisk, ureduserbar, ikke-lineær prosess preget av voksende kompleksitet av energifeltmønstre. Utviklingsmessige begivenheter langs livets akse uttrykker den voksende kompleksitet av strukturer og organisasjoner utviklet ut av mange tidligere menneskeomgivelse gjensidige påvirkninger. Hver restrukturering er en revidering av den umiddelbart foregående struktur. Ved hvert punkt i rom-tid er mennesket hva det har blitt og kan ikke gå tilbake til hva det har vært. Livet fortsetter i en retning og er uoppløselig bundet i rom-tid dimensjonen (Rogers, 1970).

Ved hver rotasjon i spiralen langs aksens, opptrer likheter. Spiraler langs aksens er videre innlemmet i aksens egen spiralhjulomdreining. Livsrytmene er uoppløselig vevd inn i universets rytmer. Rytmske fenomener uttrykker det gjensidige forholdet mellom mennesket og omgivelsene som utgjør et enhetlig hele. Livsprosessen er karakterisert av sannsynlighetvits å være målrett. Selv om det spesielle målet ikke er kjent, er utviklingsprosessen ledsaget av et konstant økende kompleksitet av strukturer og organisasjon. Menneskeomgivelses gjensidig påvirkning ledes mot å oppnå nye dimensjoner av kompleksitet, og ikke mot å oppnå likevektstilstand (Rogers, 1970).

Livsprosessen kan knyttes opp mot livskvalitet, det handler om hvordan livet leves, hvordan vi har det og hva vi føler. I følge Hanchett (1991) er følelser, emosjoner, abstraksjon, forestilling, språk og tanke fundamentale egenskaper for menneskelighet. Mennesket opplever følelser som et enhetsmenneske. Følelser er et uttrykk for helhet.

Livsprosessen og følelser

Mennesket er et komplekst energifelt og kan bestå av emosjonell energi (Wright, 1991). Følelser er feltfunksjoner som omgir individet (Rogers, 1970) og i følge resonans prinsippet er følelser manifestasjoner av forandring fra lavere til høyere frekvens bølgemønster i menneske og omgivelsesfeltet (Butcher og Parker, 1987). Negative emosjoner som hat, misunnelse, forakt og frykt har lavere frekvens og mindre energi enn positive emosjoner som hengivenhet, glede, kjærlighet, medlidenhet og omsorg (Watson, 1999). Hele mennesket sanser, føler, fornemmer og resonnerer. Mennesket er svøpt i bølger av sorg eller glede, ensomhet, følsomhet og smerte. Smerte gir grovere energifelt mønster med lavere frekvenser (Butcher og Parker, 1987; Carboni, 1995). Smerte, depresjon, fatigue og sykdom kan føre til tap av energi, forstyrrelse eller blokkering av energiflyten eller akkumulering av energi i deler av kroppen (Wright, 1991).

Velvære, helse og sykdom, et uttrykk for livsprosessen

Helse og sykdom, uansett hvordan begrepene defineres, er et uttrykk for livsprosessen. Menneskets livsprosess er et fenomen av helhet, kontinuitet, dynamikk og kreativ forandring. De mangfoldige begivenheter som skjer langs livsaksens viser i hvilket omfang mennesket oppnår sitt maksimale helse potensial. Det varierer fra største helse til tilstander som er uforenelige med opprettholdelse av livsprosessen. Livsavvikende retning må betraktes i alle

sine dimensjoner for å få gyldig forklaringer på dens forskjellige manifestasjoner (Rogers, 1970).

Helse og sykdom er ikke dikotome betingelser slik som samfunnet definerer dem, men deler av det samme kontinuum (Rogers, 1970). Velvære og sykdom betraktes som verdibetegnelser satt av samfunnet. Manifestasjoner fra menneske- og omgivelsesfeltmønsteret som anses å ha høy verdi, betegnes som velvære av samfunnet. De som er satt til å ha lav verdi, eller som er ansett for uønsket, betegnes som sykdom og patologi. Velvære er en verdi som ikke er absolutt, det er ikke noen absolutte normer for helse. Det er mønstre som oppstår fra menneskeprosessen som kan føre til smerte, lykkelighet, sykdom eller annen atferd. Samfunnet betegner noen av disse atferder som syke eller friske, og det er variasjoner innen kulturer og historie. Familier har også deres egen definisjon på frisk og syk (Fawcett, 1995).

Madrid og Winstead-Fry (1986) definerer helse på bakgrunn av vitenskapen om enhetsmennesket: *helse er deltakelse i livsprosessen gjennom å velge og utføre atferd som fører til maksimal innfrielse av en persons potensial* (Fawcett, 1995).

Menneskene kan bevisst endre energifeltmønsteret. De kan velge å påvirke forandring og å gjøre positive handlinger (Hanchett, 1991). Gjennom forståelse av seg selv og sin omgivelse deltar mennesket aktivt i å bestemme sitt feltmønster og i å reorganisere omgivelsene i overensstemmelse med sitt ønske. Valgene er ikke nødvendigvis kloke, men kan være skadelige for hans velvære (Rogers, 1970 s 71).

Velvære beskrives gjennom feltmønstermanifestasjoner. Mennesker som er villige til å gå hinsides smerte eller diskomfort i nuet, er i stand til å trekke veksler på en indre kilde eller velværekilde. Velvære er en kraftkilde som en kan utvinne fra for å forbedre ens bevissthetstilstand. Mønstermanifestasjoner er kraftkilder hvor en kan trekke ekte langvarig velvære som håp, kjærlighet, å arbeide og å skape med mer. Fra dette perspektivet defineres velvære som væren pluss å dykke inn i en eller flere av kraftkildene i bevisstheten (Andersen og Smereck, 1992.) Desto mer styrke og helhet feltet representerer jo høyere er nivået av velvære, livskraft og/eller helse (Wright, 1991).

Energifeltmønstre kan transformeres fra grove mønstre, lav frekvens til finere mønstre med høyere frekvens gjennom å aktivere tankeprosesser (Butcher og Parker, 1987; Carboni, 1995; Buenting, 1993). Målet med qigongtreningen er å bli bevisst seg selv/sitt energifeltmønster/sine behov og oppnå styrke og helhet på feltet. Qigong gir råd om levereregler og øvelsene skaffer styrke til å gjennomføre handlinger for å bedre energisirkulasjonen/feltmønsteret, bedre helsen, dempe smerte og redusere stress og dermed oppnå bedret livskvalitet. Sykepleieren kan bidra i denne prosessen.

Sykepleie er endring for å oppnå velvære

Sykepleie er kreativ bruk av sykepleievitenskapen til menneskelig forbedring. Sykepleie er velegnet i alle områder i helseomsorgen. Målet for sykepleie er å fremme helse og velvære til alle mennesker hvor enn de befinner seg, og integrere forholdet mellom mennesket og omgivelses energifeltene. Sykepleiere deltar i forandringsprosessen for å hjelpe mennesker å bevege seg mot det som er ansett for bedre helse. Individualisering av sykepleietjenester er nødvendig for å hjelpe folk til å oppnå deres maksimumspotensial på en positiv måte (Fawcett, 1995). Cowling (1990) viser to tilnærminger for sykepleie aktiviteter. En er klientgenerert hvor klienten er klar over sine behov, er bevisst sitt felt og samarbeider med sykepleieren i å planlegge strategier for å påvirke feltmønsteret. Den andre er sykepleiedreven, hvor sykepleieren med hensikt bruker menneskefeltets forbindelse for å påvirke forandring i klientens felt. Phillips (1990) mener TT er en sykepleiestrategi hvor sykepleieren med hensikt påvirker den gjensidige prosessen av menneske-omgivelsesfeltmønsteret (Buenting, 1993). Dette kan sammenlignes med passiv og aktiv qigong.

Qigong er energiarbeid basert på utøverens mulighet til å fornemme energiflyten inne i kroppen på pasienten, og å modifisere, dirigere og rebalansere energiene og utføre healing (Ross, 1995). Effekten av qigong som sykepleieintervensjon kan evalueres ved å identifisere mønstermanifestasjoner.

Vurdering av mønstermanifestasjoner; identifisering, vurdering og måling

Resultatene av sykepleieintervensjon evalueres ved å vurdere mønstermanifestasjoner før og etter utførelse av sykepleie intervensjoner (Wright, 1991). Vurdering er en kontinuerlig prosess hvor manifestasjoner i menneske- og omgivelsesfeltene, relatert til aktuelle helsetilfeller, identifiseres. Mønsterinformasjoner er opplevelser, erkjennelser, sensasjoner,

sansninger, tanker, følelser, bevissthet, forestillingsevne, fantasi, hukommelse, selvinnsikt, intuisjon, ernæring og trygghet med mer. Opplevelse av mønstermanifestasjoner er fulgt av erkjennelse, og kan uttrykkes gjennom forskjellige former som for eksempel verbal respons og svar på spørreskjema osv (Fawcett, 1995; Wright, 1991). Mønsterinformasjonen betraktes gjennom mål på helsemønster som kontinuerlig kommer opp, stadfestet av klienten (Fawcett, 1995). For å måle det emosjonelle feltet har studier ledet av Rogers teori benyttet visuelle analoge skalaer for å vurdere smerte og Profile of Mood States, et instrument som fanger opp humørtilstander (Wright, 1991).

Denne studien benyttet ”Spørreskema til selvvurdering af livskvalitet”, beskrevet av Ventegodt (1995), for å vurdere mønstermanifestasjoner. Høye skåringer på livskvalitetsinstrumentet (bra livskvalitet) vil indikere at det er høye frekvenser i menneskefeltet, mennesket opplever å ha det bra, er tilfreds og er i harmoni. Lavere skåringer på instrumentet (dårlig livskvalitet) indikerer lavere frekvenser i energifeltet og at mennesket ikke har det bra. De som innfrir Ventegodt's (1995) definisjoner på høy livskvalitet, opplever i følge Rogers (1970) velvære og har høy energifeltfrekvens på disse områder, og tilfredstiller samfunnets verdibetingelser.

2.3 Livskvalitet

Livskvalitet har blitt et viktig begrep i helse og sosialsektoren og det har blitt et viktig mål for behandling (Ventegodt, 1995, 1995 b). Siden begrepet livskvalitet er mye brukt presenteres definisjon og historikk om generell bruk av begrepet i vedlegg (vedlegg 1), og den integrative teori om livskvalitet, som benyttes i denne studien gies bredere plass.

Forskningscenteret for livskvalitet i København har utviklet teorier og metoder til måling av livskvalitet. For å oppnå en omfattende måling av livskvalitet, benyttes flere forskjellige målemetoder fra tre paradigmer. Det naturvitenskapelige for objektive målinger, det samfunnsvitenskapelige for en subjektiv tilnærming, og eksistensielle teorier om livskvalitet for en syntese av den subjektive og objektive tilgang på data (Ventegodt, 1995b). Den subjektive livskvalitet bygger på Aggernæs (1989), av de fire eksistensielle livskvalitetsmål er behovoppfyllelse influert av Maslow (1962), objektive mål er konstruert etter vestlige kulturnormer, og livsutfoldelsesteorien inkluderer sosiale opplysninger, sykdomsplager og

familieforhold (Ventegodt, 1995b).

2.3.1 Den integrative teori om livskvalitet, livsfilosofi

Den integrative teori om livskvalitet er en overordnet teori, som integrerer åtte livskvalitetsteorier. Mennesket betraktes som lagdelt hvor de subjektive og objektive livskvaliteter er på overflaten, mens dets ordløse, dype, eksistensielle sentrum befinner seg innerst i en skjult kjerne (Ventegodt, 1995). Tabell 4 gir en oversikt over fordelingen av de åtte livskvalitetsteorier fordelt på de tre paradigmer.

Tabell 4

Den integrative teori om livskvalitet med åtte delteorier fordelt i tre paradigmer

Den integrative teori om livskvalitet består av tre overordnede aspekter av livskvalitet og åtte delteorier		
1. Den subjektive livskvalitet	2. Den eksistensielle livskvalitet	3. Den objektive livskvalitet
Samfunnsvitenskapelig, subjektiv tilnærming til livskvalitet.	Syntese av objektive og subjektive data, eksistensielle teorier om livskvalitet.	Naturvitenskapelige, objektive målinger.
Subjektiv livskvalitet: egen vurdering av hvor godt en synes en har det, om en er tilfreds med livet og om en er lykkelig.	Hvor godt ens liv er for en dypere betraktning, om en lever i overensstemmelse med menneskets dypere natur og åndelige idealer, og om en får tilfredstilt nødvendige behov.	Hvor godt en tilpasser seg kulturens normer, oppnådd sosial status for den kulturen en lever i.
De åtte delteorier, operasjonalisert og fordelt på de tre overordnede aspekter av livskvalitet		
1. Ha'-det-godthet 2. Livstfredshet 3. Lykke	4. Behovsoppfyllelse 5. Familie, arbeid, fritid 6. Tilfreds med forhold 7. Livsutfoldelse	8. Objektive faktorer
De tre overordnede aspekter av livskvalitet inneholder livskvalitetsrelevante begreper som glir over i hverandre.		

Tabellen er laget av Birkeflet (2002).

1. Ha'-det-godthet. Ha'-det-godthet er knyttet til hvordan ting fungerer i den objektive verden med de ytre livsforhold. Det er mer overfladisk enn livsmening, behovsoppfyllelse og livsutfoldelse, noe vi kan fortelle om til alle mennesker. Livskvalitet betraktes som resultat av en umiddelbar, samlet vurdering av tilværelsen. Det er spørsmål som ikke gir en dyp utredning om livets forhold: hvordan har du det, hvordan går det? Spørsmålet stilles til jobb og familie (Ventegodt, 1995).

2. Livstfredshet/tilfredshet med livet. Tilfredshet er kognitivt. Å være tilfreds er å synes at livet er som det skal være. En er tilfreds når det er overensstemmelse mellom ens forventninger, krav og ønsker til tilværelsen, og opplevelsen av at verden oppfører seg slik. Slik overensstemmelse kan skapes ved å tilpasse omverdenen til ens drømmer som oppfylles. Eller en kan oppgi sine drømmer og tilpasse seg verden som den er. I begge tilfeller er man tilfreds, men livsstrategiene gir ulikt liv. I det ene oppfylles drømmer, mens det andre leves i

resignasjon og gradvis tilpassing. Derfor er det mulig å være tilfreds med livet, men ha det dårlig inni seg, eller være tilfreds og oppleve livet meningsløst og ikke være lykkelig (Ventegodt, 1995).

3. Lykke. Å være lykkelig er en særlig høy og verdifull tilstand som er meget attraktiv, men vanskelig å oppnå. Lykken er noe dypt i mennesket som innebærer en balanse eller harmoni. Lykke er en rus som best beskrives i bilder. Lykke kjennetegnes ved en intensitet i opplevelsen som skiller lykke fra mer overfladiske livskvalitetsaspekter. Lykkebegrepet kan knyttes til menneskets natur, man blir lykkelig når en lever i overensstemmelse med sin natur og lykkes i å utfolde sitt liv. For å bli lykkelig stilles det krav til mennesket om ikke å resignere for mye, men kjempe for det som dypest sett har verdi for en. Lykke forbindes med irrasjonelle dimensjoner som kjærlighet, naturtilknytning, men ikke med objektive faktorer som penger og helsetilstand. Det er et klassisk filosofisk og religiøst begrep (Ventegodt, 1995).

4. Behovoppfyllelse. Behovsbegrepet er kulturbundet. Behovsoppfyllelsen vurderes av personen selv. En har høy livskvalitet når behovene er oppfylt. Maslows (1962) behovsbegrep har inspirert denne teorien. De velkjente behov for mat, sex, sosiale relasjoner, og et mer abstrakt behov for å virkeliggjøre seg selv (Ventegodt, 1995).

5. Opplevelse av objektive forhold: familie, arbeid, fritid. Dette er det første av to hybride livskvalitetsmål som Ventegodt (1995) innførte for å binde sammen den subjektive og den objektive ende av den integrative teori. Under analysen ble det opprinnelige livskvalitetsmål 4, Livsmening teorien, droppet fra den videre analysen fordi spørsmålsserien oppførte seg ikke statistisk slik den burde. Livskvalitetsmål 5 er en midlertidig erstatning (Ventegodt, 1995, kapittel 7, side 82) som ser på tilværelsens tidsmessige inndeling, tiden brukt på familie, arbeid, fritid.

Livsmening inngår i den Integrative teori om livskvalitet og handler om hvor meningsfylt livet er. Det dreier seg om verdien av alle livets forhold, om forholdet til venner, partner osv er så meningsfylt som det skal være. Gjør man rett handling, rett arbeid, er det jeg tror om livet og tilværelsen rett? Livsmening er et klassisk religiøst tema og verdensreligionene og de filosofiske retninger kan oppfattes som teorier om livsmening. De sier noe om den

overordnede forståelse av livet og menneskets vesen, og gir anvisninger om hvordan en oppnår det gode liv. Livsmening er noe som er vanskelig å snakke om fordi det eksistensielle dyp i mennesket skjules av livsløgnen (Ventegodt, 1995).

6. Opplevelse av objektive forhold: Tilfredshet med forhold. Livskvalitetsmål 6 er det andre av de to hybride livskvalitetsmål. Det ble innført midlertidig for å erstatte det opprinnelige livskvalitetsmål 5. teorien om biologisk orden, da dette ikke kunne operasjonaliseres tilfredsstillende. Opplevelse av objektive forhold: Tilfredshet med forhold, ser på inndeling av tilværelsen i forskjellige relasjoner til selv og omverdenen. Det er fem slike relasjoner: forholdet til seg selv, til partneren, til foreldre og barn, til venner og bekjente og til samfunn og natur. Dette målet bruker den subjektive dimensjon ”tilfredshet” og kalles derfor ”tilfredshet med forhold” (Ventegodt, 1995, s 82).

Teorien om orden i det biologiske informasjonssystem, betrakter mennesket ut i fra biologisk syn som en levende organisme. En biologisk oppfattelse av livskvalitet er om det er overensstemmelse mellom det levende, faktiske liv og den oppskrift på mennesket som ligger dypt i organismen, om det er optimal kommunikasjon mellom cellene i organismen. Tilstanden i det biologiske informasjonssystem uttrykkes gjennom livsmening. Spørsmålene om psykisk og fysisk helse som skulle fange opp tilstanden i det biologiske informasjonssystem, viste seg å bare være et indeks for denne tilstanden. Spørsmålene brukes som en uavhengig faktor som kan benyttes til å undersøke for sammenhengen med livskvaliteten (Ventegodt, 1995).

7. Livsutfoldelse. Livsutfoldelse ser på mennesket som noe som er i stadig utvikling. Det starter med et befruktet egg, med mengder av informasjon som gjennom livet skal manifestere og realisere sine potensialer til vekst, kreative aktiviteter, gode sosiale relasjoner, meningsfull beskjeftigelse, sette barn til verden og generelt leve livet ut i sin helhet. Livsutfoldelsesteorien er en biopsykososial modell, en generell teori for meningsfull informasjonsutveksling i levende systemer fra celle til organisme og samfunn. Det finnes informasjon dypt i mennesket, på et intuitivt nivå, om kjærlighet, seksualitet, vennskap og meningsfulle relasjoner til verden. Et potensial som kan realiseres gjennom virkeliggjørelse av de dype livsdrømmer (Ventegodt, 1995).

8. Objektive faktorer. Objektive faktorer av livskvaliteten er de som angår livets ytre forhold og som relativt lett lar seg konstatere. De omfatter bl.a. inntekt, ekteskapelig status, helsetilstand, antall daglige kontakter med andre mennesker, antall barn osv. De er kulturavhengige og den objektive livskvalitet er derfor uttrykk for vår tilpasning til kulturen og verden omkring oss (Ventegodt, 1995).

2.3.2 Livsutfoldelses-teorien's syn på mennesket som helhet

Hjernen inneholder en oppfatning om virkeligheten som kommer fra den personlige historie, ens erfaring med virkeligheten. Oppfatningen kan være god eller dårlig og gir dermed personen en tilsvarende god eller dårlig forståelse av livet, seg selv og omverdenen. Helheten forbindes med vår egentlige eksistens og rommer livets utviklingshistorie, som mennesket kun kan få adgang til intuitivt (Ventegodt, 1995). Alle levende organismer har et biologisk potensial som presser aktivt på for å bli realisert, det har en livsvilje, en selvorganiserende drift eller tendens. Hos mennesket sees livsviljen både i den fysiske utvikling fra befruktet egg til voksen kropp, og i alle de psykologiske og sosiale aktiviteter som den menneskelige tilværelse krever (Ventegodt, 1995).

Livsviljen manifesteres i livshensikter som danner retningen for livet, hvordan en lever det med familie og venner. Livshensiktene inngår som "livsverdier" i hjernens virkelighetsmodell, ofte som ubevisste bilder, og kan derfor hemme eller fremme livsutfoldelsen i ulik grad. Livshensiktene er disposisjoner i det biologiske potensialet som formes i møte med kulturen. De styrer overordnet hvordan vi prøver å leve livet. Når en mislykkes i å leve livet etter hensiktene, frustreres livshensiktene. Livshensiktene må legges om for ikke å gi opp og resignere, en prøver å tilpasse sin livsutfoldelse til virkeligheten en finner (Ventegodt, 1995).

Livsmening. Livet selv er mer enn vår oppfattelse av tilværelsen og virkeligheten. Derfor er selve bevisstheten og vår verdensforståelse faktorer som er med å skape livskvalitet. Livskvalitet, det gode liv, er gjennom livet å realisere optimalt de biologiske-, psykologiske- og sosiale potensialer som ligger i menneskets organisme. Livsmening oppstår når en opplever sammenheng mellom ens dype selv og omverdenen. Subjektive opplevelse av livsmening forutsetter en høy grad av kontakt med ens dype selv, den eksistensielle kjerne, det biologiske informasjonssystem. Kroppens helsetilstand er uttrykk for det objektive utslag

av det biologiske potensial (Ventegodt, 1995).

Helse og sykdom. En god utfoldelse av det biologiske potensialet i organismen gir en sunn kropp. Det biologiske potensialet realiseres gjennom det biologiske informasjonssystem som opprettholder kommunikasjonen mellom cellene og er nødvendig for vedlikeholdelse av organismens helhet. Sykdom er uttrykk for en hemning av virkeliggjørelsen av det biologiske potensialet. Sykdom er kommunikasjonssvikt på det cellulære nivå og kan forårsakes av feilregulering av immunsystemet som er knyttet til forstyrrelser i det biologiske informasjonssystem (Ventegodt, 1995).

Det er sammenheng mellom livskvalitet og sykdom. Ens livsførsel, de mulighetene en gir for å realisere det biologiske potensialet, vil påvirke livskvalitet, oppnådd livsmening og helsetilstand. Livskvaliteten er den egentlige årsak til de fleste sykdommer som kreft, hjerte- kar sykdommer allergier etc. og disse sykdommer kan forebygges gjennom forbedring av livskvaliteten i tide. En kan på hvilket som helst tidspunkt velge å arbeide med sine grunnleggende antagelser om livet og virkeligheten, og rette opp sin “eksistensielle kurs” og derigjennom oppnå en bedre tilværelse. Når vi finner oss selv, finner vi vårt forhold til verden (Ventegodt, 1995).

Å arbeide med livsenergien og ens forhold til verden for å oppnå bedret helse og velvære er målsetningen i qigong. Alt har en større sammenheng og balanse. Klokskap og kunnskap oppnåes gjennom å avstemme seg selv til universets rytmer, Tao, livsveien. Å leve i harmoni med Tao er essensielt for å kunne realisere sitt fulle potensial (Trevelyan, 1993).

For å besvare spørsmålet om qigong er en intervensjon sykepleiere kan anvende i praksis og forsvarer teoretisk, samt for å se om livskvalitetsinstrumentet fanger opp de samme egenskaper som intervensjonen har til hensikt å oppnå, blir det nødvendig å sammenligne definisjonen på noen begrep innenfor de tre teoriene til: TKM, Rogers og Ventegodt.

3 SAMMENLIGNING AV SENTRALE BEGREPER I TKM, ROGERS OG VENTEGODT

Tabell 5

Sammenligning av sentrale begreper hos TKM, Rogers og Ventegodt

	TKM	Rogers	Ventegodt
Mennesket	Mennesket er en energikropp, en organisk helhet. Hvert individ har et særegent energisk mønster dannet av fysiske, emosjonelle, psykiske, åndelige, sosiale og intellektuelle aspekter. Kropp og sjel er i ett, som energi og materie, innbyrdes relative, men ikke separerte.	Enhetsmennesket er et komplekst, altomfattende, åpent energifelt av ureduserbare helheter og kan bestå av emosjonell energi. Energifeltet identifiseres gjennom bølgemønstre som blir mer komplekse gjennom livsprosessen. Feltet er konstant interaksjon med omgivelsenes energifelt.	Mennesket er en organisme bestående av komplekse systemer av cellekolonier. Mennesket betraktes lagdelt hvor subjektive og objektive livskvaliteter er på overflaten og innerst er det et eksistensielt, ordløst senter, en skjult kjerne. En hierarkisk pyramidestruktur organiserer menneskelivet.
Omgivelser	Hele kosmos er et integrert hele.	Omgivelsesfelt er åpent, ureduserbart, altomfattende energifelt. Omgivelses- og menneske feltene er i ett med hverandre, det som skiller dem er mønstrene. Menneskene og omgivelsene utgjør et enhetlig hele.	Natur og samfunn, familie, sosial gruppe...
Sykdom	Ubalanse av yin og yang, stagnasjon av energiflyten.	Differensierer ikke velvære, helse og sykdom. Sykdom og helse er verdibetegnelser satt av samfunnet og er uttrykk for livsprosessen og er deler av det samme kontinuum. Begivenheter langs livsaksen påvirker om mennesket kan oppnå sitt maksimale helse potensial. Mønster fra menneskeprosessen kan føre til smerte, lykkelighet, sykdom eller annen atferd.	Sykdom er uttrykk for en hemning av virkeliggjørelsen av det biologiske potensialet. Det biologiske informasjonssystemet er kommet ut av balanse og fører til forstyrrelser i kommunikasjonen mellom cellene som er nødvendig for å vedlikeholde organismens helhet. Sykdom er kommunikasjonssvikt på cellulært nivå.
Helse	Balanse av energiene yin og yang, tilstrekkelig energi som flyter fritt.	Det er ikke absolutte normer for helse. Velvære, livskraft/helse er høyere frekvens, tynnere bølger, mer styrke og helhet på feltet.	Kroppens helsetilstand er et uttrykk for det objektive utslag av det biologiske potensialet. En god utfoldelse av det biologiske potensialet gir en sunn kropp.
Et godt liv Velvære	Å ha fri flyt av energi. Opplevelse av underliggende enhet mellom individet og alt liv gir dyp følelse av fred, kjærlighet, harmoni, stillhet, ro og forståelse. Individets bevisste forståelse av den universelle livskraft, det høyere selv, sjelen/Shen. Å få energetisert Shen, få den til å vibrere på høyere frekvenser fører til at en vekker iboende krefter, for å oppnå en opplyst tilstand.	Energifelt kan transformeres fra lavere til høyere frekvenser for å oppnå velvære, en verdi som ikke er absolutt.	Å oppfylle behov gir høyere livskvalitet. Objektive faktorer, et uttrykk for hvor godt en tilpasser seg kulturen. Å være lykkelig er en verdifull tilstand som er vanskelig å oppnå. Lykke, et filosofisk og religiøst begrep, forbindes med kjærlighet og naturtilknytning. Lykken innebærer en balanse eller harmoni. Det er en rus, en intens opplevelse. Man blir lykkelig når en lever i overensstemmelse med, og lykkes i å utfolde sin natur. Å kjempe for det som har verdi for en. Livsmening er når en opplever en sammenheng mellom ens dype selv og omverdenen.
Drivkraft	Qi, Shen; energi som er nødvendig for alt liv og alle prosesser.	Mønster manifestasjoner er kraftkilder som kan gi velvære, håp, kjærlighet. En indre kraft til å forbedre ens bevissthet til endring, til valg av godt eller dårlig liv.	Alle levende organismer har et biologisk potensial som ønsker å bli realisert, det har en livsvilje, en drift.

Tabellen er laget av Birkeflet (2002).

3.1 Menneskesyn/verdenssyn

Mennesket

TKM og Rogers (1970) teori har til felles å betrakte mennesket som energivesener. Enhetsmennesket hos Rogers (1970, 1992) er et komplekst energifelt, fundamentalt for opprettholdelse av livet, den grunnleggende komponent for alt levende og ikke levende.

I TKM er grunnlaget for alt liv qi/energi (Andersen, 1999; Choen, 1997; Kaptchuk, 1987; Maciocia, 1989). Å leve er å ha qi, døden er fravær av qi (Katchmer, 1993). Jenkins (1996) hevder at siden alt er energi, levende og døde ting er laget av energi, energetisk sett vil derfor alle ting være levende (Jenkins, 1996). Han spesifiserer ikke hva som skiller det levende menneskes energi fra det dødes.

I følge TKM, Kaptchuk (1983) er Shen unik for menneskeliv. Shen oversettes til engelsk med Spirit (sinn, sjel, ånd, livsmot) (Clue), men har allikevel et materielt aspekt. Shen er sinnets evne til å danne tanker og ideer. Det er kraften i menneske personlighet, dets ønske om å leve livet og den oppmerksomheten som skinner ut av øynene når vi er oppriktig våkne. Shen omfatter organenes emosjonelle, mentale og spirituelle energi, og en energi som forlater kroppen når mennesket dør (Kaptchuk, 1983; Maciocia, 1989). Shen skiller det levende mennesket fra det døde, et levende menneske har Shen/sjel. Aristoteles, Stigen (1983), skilte det levende og ikke-levende på samme måte gjennom å tillegge de levende ting en aktiv evne til spontan bevegelse og forandring som kalles sjel (Stigen, 1983).

Et vesentlig poeng å merke seg er at TKM tillegger organene en spirituell energi/qi (Maciocia, 1989) og når qi manipuleres i akupunktur/qigong påvirkes dermed det spirituelle aspekt. TKM understreker, Heyerdahl og Lysstad (1991), Kaptchuk (1983), Maciocia (1989), Pöyhönen (1997) at kropp og sjel er i ett, som energi og materie, innbyrdes relative, men ikke separerte.

Rogers (1970, 1990) definerer ikke sjelen, men markerer at en energisk prosess fortsetter etter døden. I vedlegg 3 kommenterer Vidette Todaro-Franceschi dette. Utviklingen av liv og ikke-liv er en dynamisk, ureduserbar, ikke-lineær prosess karakterisert av økende mangfoldighet av energifeltmønster (Rogers, 1990). Døden er en utviklingsprosess, en rytmisk manifestasjon av livsprosessen, hvor det fortsatt realiseres potensialer. Det er en transformasjon av energi, en bevegelse hinsides menneskefeltmønsterets synlige bølgefrequensrekke, og identiteten som et levende menneske er borte (Fawcett, 1995). Det fysiske legemet er bare en av mange

manifestasjoner av menneske energifeltmønsteret (Phillips, 1990), og feltet fortsetter å eksistere etter den fysiske døden. "Human beings are believed to be forever actualizing potentials in mutual process with the rest of the cosmos." Rogierianerne sier: "We don't die, we only change our cosmic address." (Todaro-Franceschi, 1999, s 84).

Ventegodt (1995) skiller seg fra de to andre teoriene ved å betrakte menneskelivet fra en biologisk synsvinkel. Det levende karakteriseres av tre aspekter; selve livet i seg selv, formdannelse og egenskap/personlighet. Han bygger på Margulis og Sagan (1990) og definerer mennesket som en organisme av cellekolonier. Cellenes informasjon i følge Bateson (1984), organiserer hierarkiet av biologiske systemer i mennesket. Det unikt levende ligger i de selvreproduserende mønster som stoffpartiklene inngår i (Ventegodt, 1995).

I alle levende vesener finnes *Det biologiske informasjonssystem* som omfatter alle former for *livsoppretholdende* kommunikasjon (nervesystem, hormoner, immunsystem). Det står for organismens overordnede formdannelse, *realiserer* det biologiske potensialet og står i forbindelse med den eksistensielle kjerne, sjelen (Ventegodt, 1995). Sjelen diskuteres ikke utover dette, men opplevelsene en får ved kontakt med denne beskrives. Den eksistensielle kjerne angir at noe er eksistensielt, som innebærer å leve. Begrepene dekker de samme egenskapene som Rogers (1970, 1972) tillegger energifeltet og TKM; Kaptchuk (1987) legger i qi/energi/Shen begrepet; det er fundamentalt for opprettholdelsen av alt liv.

Den livsoppretholdende kommunikasjon hos Ventegodt (1995) foregår imidlertid på cellenivå, innenfor menneskets fysiske legeme. Dette skiller seg fra TKM's oppfatning, Kaptchuk (1987), hvor hele kosmos er et integrert og Rogers (1970, 1972) oppfatning om at energifeltet er altomfattende og er i gjensidig prosess med resten av kosmos.

Mennesker og miljø/omgivelser, verdenssyn

Enhetsmenneskets altomfattende energifelt kan strekke seg utover den synlige kjernen vi oppfatter som mennesket, og utvide seg inn i omgivelsene (Biley, 1990; Gorge, 1990; Rogers, 1970, 1992). Det finnes ikke grenser, menneske- og omgivelsesfeltene er uendelige (Fawcett, 1995). Tilsvarende betrakter TKM (Pöyhönen, 1997) mennesket som en organisk helhet som står i forbindelse med omgivelsene og er en del av den universelle helhet (Heyerdahl og Lysstad, 1991; Kaptchuk, 1983; Pöyhönen, 1997).

Ventegodt (1995) begrenser miljøet innenfor biosfæren¹ og det organiske liv. Menneskets helhet skapes gjennom komplekse vekselvirkninger mellom alle organismens celler (cellenivå). Vi går inn i oss selv når vi smelter sammen med verden (informasjon om den ytre og indre verden sammenfattes i hjernen). Omverdenen er natur og samfunn. Det beste mål på folks relasjon til omverdenen er familiesosialgruppe. Familiesosialgruppe betyr at ektefeller/samboende innplasseres etter den av de to som tilhører høyest sosialgruppe, fordi arbeidet i vår kultur ofte er en måte å relatere seg til omverdenen på (Ventegodt, 1995). På denne måten rangordnes status etter plassering i høyest sosial gruppe.

I følge Ventegodt (1995, 1995 b) måler objektiv livskvalitet vår tilpasning til kulturens normer og verden omkring oss. Ha'-det-godthet, er knyttet til hvordan ting fungerer i den objektive verden med de ytre livsforhold. Helheten i verden skapes ved at alle levende organismer innordnes i det globale økosystem² (Ventegodt, 1995). Økosystemet begrenser seg til de omgivelser hvor levende organismer eksisterer. Det kommer ikke klart frem hvordan den integrative teori syntetiserer begrepene fra de tre paradigmene den er sammenfattet fra (samfunnsvitenskapelig, naturvitenskapelig og det eksistensielle) med hensyn på definisjon av miljø og verdenssyn.

...I nyere tid brukes miljø mer om sosiale og kulturelle omgivelser. I sosiologi og sosialpsykologi betraktes miljø vesentlig som økonomiske forhold, sed og skikk, institusjoner, andres atferd og holdninger. Etter en slik oppfatning blir grensene mellom individ og miljø svært vanskelig å trekke (Aschehoug og Gyldendals Store Norske leksikon, 1980).

Definisjonen sier at det er vanskelig å trekke grenser mellom individ og miljø, der hvor miljø brukes om økonomiske forhold, atferd etc, slik som det gjøres hos Ventegodt (1995), hvilket indikerer at de sklir i hverandre.

Gjennom den hierarkiske oppbygde cellestruktur, det begrensede økosystem og sosial rangordning antar Ventegodt (1995) et mer reduksjonistisk syn i forhold til TKM og Rogers (1970) altomfattende syn. Rogers (1979) forkastet et reduksjonistisk syn med fokus på deler

¹ Biosfæren (gr. Bios, liv, sfaira, kule) det området av Jorden der det finnes organisk liv, omfatter litosfæren, hydrosfæren og delvis atmosfæren (Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon 1978).

² ”Økosystem omfatter i økologien et organismesamfunn og de livløse faktorer i miljøet der samfunnet finnes. Et økosystem kan være lite, som en pytt, større som en skog, eller sies å omfatte hele biosfæren, dvs. den del av Jorden (jord, vann, luft) hvor levende organismer kan eksistere. ...” (Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon 1981).

og hvor komplekse ting er bygd opp av små elementer og et mekanistisk begrepssystem (Fawcett, 1995).

Helhetssynet i de tre teoriene tar dermed forskjellig form. Ventegodt (1995) hierarkiske cellestruktur indikerer at helheten er summen av delene, hvilket Barrett (1994) plasseres i totalitet paradigme. I motsetning betrakter TKM og Rogers (1970) mennesker og deres verden som ureduserbare, udelelige heler (Fawcett, 1995; Rogers, 1970, 1992), helheten er mer enn summen av delene, hvilket faller inn under Barretts (1994) kategorisering i samtidighet paradigmet.

Teoriene kan imidlertid kategoriseres og systematiseres etter yin og yang prinsippene. Energifeltet og huden, menneskets ytre del er yang i forhold til det indre som er yin. Den ytre delen står i kontakt med omgivelsene og kommuniserer utover menneskets synlige kropp og inn i omgivelsene, atmosfæren som er yang. Det ytterste laget er i følge Ventegods (1995) vår mest overfladiske væremåte, (det objektive), der vi kommuniserer med omverdenen, yang. Innover (på yin nivå) (det subjektive), hva man selv føler, inn til de mer dypere refleksjoner, vår indre, ordløse kjerne, sjelen. I følge Wasiutynski (1998) er yang den bevisste, og yin den ubevisste personlighet, linjen som deler yin og yang er veien fra det bevisste til det ubevisste. Veien kan være det biologiske informasjonssystem, forbindelsen mellom Ventegods (1995) subjektive (yin) og objektive (yang) lagdeling, veien en går for å realiseres det biologiske potensialet, å leve ut sine livshensikter, finne seg selv for å oppleve livskvalitet og helse.

Helse og sykdom, et godt liv, velvære, harmoni

Livskvalitet, livsmening og helsetilstand påvirkes av ens livsførsel, de mulighetene en gir for å realisere det biologiske potensialet. En må leve i overensstemmelse med menneskets dypere natur, realisere menneskets biologiske-, psykologiske- og sosiale potensialer gjennom livet og oppfylle biologiske behov, åndelige/religiøse idealer, og lykkes i å utfolde sin natur. God utfoldelse av det biologiske potensialet gir en sunn kropp og hemning av potensialet fører til sykdom. Sykdom er kommunikasjonssvikt på cellulært nivå (Ventegodt, 1995).

Rogers (1970) differensierer ikke helse, velvære eller sykdom. Begrepene betraktes som verdibetegnelser satt av samfunnet. Det er ingen absolutte normer for helse/velvære, de er deler av det samme kontinuum. Helse er deltakelse i livsprosessen gjennom å velge og utføre atferd som fører til maksimal innfrielse av en persons potensial (Fawcett, 1995).

Helse/velvære/livskraft er høyere frekvenser, tynnere bølger, mer styrke og helhet på feltet (Andersen og Smereck, 1992; Hanchett, 1991). Energifeltet kan rammes av sykdom eller smerte. Det kan være tap av energi, forstyrrelse eller blokkering av energiflyten, eller energi akkumulering (Wright, 1991).

Dette er i tråd med TKM hvor helse, et godt liv oppleves når tilstrekkelig qi (yin/yang) flyter fritt gjennom kroppen, de 5 elementer og skaper velvære på alle nivåer; fysisk, emosjonelt, psykologisk og åndelig (Andersen, 1999; Choen, 1997; Graungaard, 1990; Kaptchuk 1987; Pöyhönen, 1997; Trevelyan, 1993). Denne definisjonen minner om WHO's definisjon på helse; - ikke bare fravær av sykdom eller svakhet, men en tilstand av fullkomment fysisk, psykisk og sosialt velvære. Helsebegrepet i TKM og hos Rogers (1970) knyttes opp mot velvære som kan måles gjennom Ventegodts (1995) livskvalitetsinstrument.

Under subjektiv livskvalitet beskriver Ventegodt (1995) lykkebegrepet. Å være lykkelig er en verdifull tilstand som er vanskelig å oppnå. Det er et filosofisk og religiøst begrep. Lykken innebærer en balanse eller harmoni. Det er en rus en intens opplevelse (Ventegodt, 1995). Ventegodt (1995) sier her at lykke er både en balanse og samtidig en intens opplevelse og rus. "Rus er den euforiske tilstand med økt selvfølelse, svekket kritikk og nedsatte hemninger som inntreffer etter nytelse av rusgift, oftest alkohol. I overført betydning brukes ordet også om eksaltert åndelig tilstand." (Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon, 1980). Denne definisjonen av lykkerus vil etter TKM, Xinnong (1987), forståelse indikerer en ubalanse; en tilstand med svekket kritisk sans og reduserte hemninger. Det ikke lenger harmoni mellom yin og yang. I TKM er hensikten med vår eksistens opplevelse av *harmoni*, stillhet, ro. Harmoni betyr at forholdet mellom yin og yang er balansert (Xinnong, 1987).

Balanse/harmoni brukes forskjellig i de to teoriene. Balanse i Ventegodts (1995) forstand gir opplevelse av lykke, som når man lever ut sine drifter, og harmoni er et middel til å oppleve lykke. I TKM, Xinnong (1987) er harmoni en tilstand en søker å oppnå i seg selv, hensikten er å hengi seg til den universelle energi, en slags "jag-løshet". Det er i denne sammenheng interessant å legge merke til at kursholdere som Louise Hay (1990) og Silva Mind Metoden, anvender prinsipper fra østlig-filosofi for å oppnå lykke og rikdom, en "egoistisk/materialistisk jeg-sentrering", hvilket ikke er i TKM's hensikt. Denne dobbeltheten påpekes og kritiseres av Høinæs (1997). Når en opplever harmoni har en ikke behov for

streben etter penger og lykke. Når helsepersonell adapterer intervensjoner fra andre filosofier, bør hensikten med intervensjonen være forenelig med den overordnede målsetning.

De tre teoriene mener en må tilpasse seg samfunn/natur/omgivelser for å ha det bra. For Rogers (1970) er deltakelse i livsprosessen og innfri verdibetingelser satt av samfunnet faktorer for å ha det bra. Mennesket gjør bevisste valg og er aktive deltaker i å fastslå mønsteret på sitt felt. Valgene kan rettes mot å oppnå opplevelser av velvære, håp og kjærlighet. Ventegodt (1995) sier at et godt liv avhenger av hvor godt en tilpasser seg kulturen. Tilpasning uttrykker en bevissthetsfaktor, å se konsekvensene av sine valg.

Den indre kraft

For å oppnå et godt liv og helse mener de tre teoriene at en må hente kontakt med sin indre kraft. Rogers (1970) beskriver en indre kraftkilde som kan forbedre ens bevissthetstilstand (Andersen og Smereck, 1992; Hanchett, 1991). Gjensidighetsprinsippet forklarer livskreativitet, en indre kraftkilde, en bevissthet som en kan hente kontakt med. Gjennom å forbedre ens bevissthetstilstand kan en gjøre valg om hvordan en vil leve, til valg av godt eller dårlig liv. En kan oppnå velvære, håp og kjærlighet (Rogers, 1970). I TKM, Kaptchuk (1983) tilstrebes å leve i harmoni med omgivelsene og å nå en opplyst tilstand med en bevisst forståelse av den universelle livskraft (Kaptchuk, 1983; Maciocia, 1989).

Den integrative teori, Ventegodt (1995), mener at alle levende organismer har en livsvilje som aktivt ønsker å bli realisert. Det biologiske informasjonssystem realiserer en selvorganiserende drift som utfolder det biologiske potensialet og står i forbindelse med sjelen. For å finne livets egentlige verdi, må en komme i kontakt med og sette seg i overensstemmelse med Sjelen, menneskets sentrum. I sjelen kan en hente all viten om livet. Ved nok tro på seg selv kan en hente ut denne verdi og realisere den i sin egen tilværelse. Dårlig forbindelse med sjelen gir en negativ selvoppfattelse og dårlig livskvalitet. God forbindelse gir bra selvoppfattelse. Opplevelse av sammenheng mellom sjelen og omverdenen gir livsmening (Ventegodt, 1995). På denne måten knytter Ventegodt (1995) sjelen opp mot begrepet livsmening, og gjennom det biologiske informasjonssystem knyttes sjelelige faktorer opp til begrepet helse og sykdom. Ventegodt (1995) mener at en kan på hvilket som helst tidspunkt velge å arbeide med sine grunnleggende antagelser om livet og virkeligheten, og rette opp sin eksistensielle kurs for å oppnå en bedre tilværelse. Når vi finner oss selv, finner

vi vårt forhold til verden. Ved å jobbe med livskvaliteten i tide kan en forebygge sykdomsutvikling (Ventegodt, 1995).

Behandling

Gjennom qigong kan en arbeide med livsenergien, kontrollere flyten og fordelingen av qi i kroppen (Kaptchuk, 1987) og vedlikeholde eller helbrede qi balansen i systemet. Qigong er hensiktsmessig for å skape harmoni i kropp og sjel, takle psykiske plager, oppnå mental våkenhet, forbedre den fysiske helse, forebygge og behandle sykdom (Andersen, 1999; Choen, 1997; Katchmer, 1993; Weiseman and Ye, 1998). Dette kan forsvares av Rogers (1970) som menneskefelt baserte sykepleiestrategier for å få høyere frekvenser i energifeltet og oppnå velvære. Qigong kan benyttes som sykepleie intervensjon til alle pasient grupper, i alle stadier av sin livsprosess, for å gi øket velvære og livsgnist til å komme videre i helingsprosessen. Qigong kan bidra å hente frem pasientens indre kraftkilde, å jobbe med seg selv, og for å forsterke effekten av annen behandling. Målet for sykepleie er å fremme helse og velvære. Dette kan oppnåes gjennom at hun deltar i forandringsprosessen for å forandre klientens felt, påvirke feltmønsteret, transformere energifeltbølgemønstre til finere kvalitet og høyere frekvens. Mennesket hjelpes på denne måten i forbedringsprosessen å bevege seg mot det som er ansett for bedre helse, til å oppnå maksimalt potensial og velvære.

3.2 Konklusjon

De tre teoriene kan struktureres etter yin/yang systemet og har sammenfallende og tilstrekkelige forenlige meninger på flere punkter til at det kan forsvares å bruke qigong som intervensjon og at effekten av qigong kan måles i ”spørgeskjema til selvutvärdering af livskvalitet”, se tabell 6. Alle teoriene mener at det er mulig og nødvendig å jobbe med seg selv for å få det bedre (bedret livskvalitet). I TKM kan dette skje gjennom utøvelse av qigong som beveger og styrker energien i hele kroppen, i hvert organsystem som gjennom de fem elementer omfatter emosjonene. Qigong øker bevisstheten om hvordan en har det og hvordan kroppen fungerer. Qigong inneholder de bestanddeler (berøring, meditasjon, avslapning, bevegelse, samtale, helseutdannelse) som Rogers (1970) mener sykepleiere i større grad bør anvende som sykepleieintervensjon for å påvirke livsprosessen, en individuell vekst og utviklingsprosess. Dette faller under det Ventegodt (1995) mener er å jobbe med seg selv. Mønstermanifestasjoner i energifeltet som følelser og emosjoner kan observeres og fanges

opp i livskvalitetsinstrument som benyttes i denne studien. Instrumentet måler endringer hos en enkelt person før og etter qigong intervensjon.

Tabell 6

Mål med qi gong trening innenfor de ulike teoriene.

Teori	Målet med treningen er: - å oppnå:	
TKM	Fri flyt av energi, balanse, velvære, harmoni.	Kan registreres i et spørreskjema for livskvalitet.
Ventegodt	Velvære, lykke, har det bra.	
Rogers	Mønster manifestasjoner med høyere frekvenser.	

4 HOLISME

4.1 Innledning

Helhetlig sykepleieomsorg og holisme var implisitte begreper fra grunnutdanningen i sykepleie. Imidlertid oppstod det undring over bruken av begrepet i litteraturgjennomgangen. Begrepet ble i teoriene til Ventegodt (1995), Rogers (1970) og TKM – beskrevet bl.a. i Kaptchuk (1983) og Xinnong (1987), brukt på ulike måter, og derfor ble det ønskelig å se litt nærmere på dette begrepet. Søk på holisme i PubMed for perioden 1995 – 2002 ga 207 treff og det var 108 treff på ”holism and nursing” (Vedlegg 4). Litteraturen åpnet for omfattende filosofiske betraktninger av begrepet, med mulighet for fordypning innenfor holisme i forhold til ulike helserelaterte begreper. For denne studien ble det valgt litteratur for å få fram en oversikt over noen av de ulike holistiske synene i forhold til sykepleie.

4.2 Definisjon av begrepet holisme

Å gripe holisme er som å holde is, - det forsvinner i forsøket (Owen, Holmes, 1993).

Holisme er en uklar, forvirrende betegnelse med underlig karakter, hvis mening forandrer seg med konteksten (Owen, Holmes, 1993). Dersom betegnelsen holisme ikke er tydeliggjort i en artikkel kan forfatteren ha en mening, mens leseren har en annen. Et argument er derfor at holisme ikke kan defineres, bare fortolkes ved å bruke sikre begrunnelser på hva som utgjør et hele, og det vil alltid være individualistisk. En personlig tolkning av holisme er at det er en filosofi, en abstrakt tanke, noe fremmed til vår vanlige logiske tankeprosess og bare begrenset av vår eksisterende bevissthet. Ordet definisjon kan oppfattes å være en eksakt beskrivelse av tingens natur, hvilket ikke passer med individualitet (Patterson, 1998).

Sarkis & Skoner (1987) identifiserte 1971 publikasjoner om ”Holistic nursing” i de fire mest leste tidsskrifter av sykepleiere publisert fra 1960 til 1985 (Boschma, 1994). Bruken av betegnelsen holisme økte, og i perioden 1980 – 1985 gjaldt dette hovedsakelig sykepleieres henføring til alternative terapier. De fleste artiklene hadde ingen definisjon, eller forklaring på hva holisme medfører, men identifiserte bare begrepet vagt med en biopsykososial person-

modell (Owen, Holmes, 1993). Fra et ontologisk perspektiv er holisme hvordan vi begrepsgjør sykepleieklienter som mennesker. Fra ett epistemologisk perspektiv, viser holisme nye veier til kunnskapsutvikling (Kim, 1999).

Holisme er avledet fra det greske ordet *holos* som betyr ”whole”, hel (Bar, 1998). Blattner (1981) har lokalisert ordet holisme til å være avledet fra det Anglo-Saxisk ord ”hal”, som betyr ”whole”, ”to heal”, ”sound”, eller ”happy”. I middelengelsk kan det også staves som ”wholism”, som er ekvivalent til holisme (Boschma, 1994). Begrepet holisme er en kombinasjon av *hol-* eller *holo-* som betyr ferdig, fullkomment, fullstendig, komplett, hel, uten deling, eller *whole*: hele, helhet, - og *ism*, som antyder en ideologi om helhet (Kim, 1999). ”Holisme (gr. *Holos*, hel), innen psykologi, biologi og sosiologi den metode som anvender helheten som forklaringsprinsipp, i opposisjon til studiet av isolerte trekk.” (Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon 1979, Oslo: Kunnskapsforlaget).

Begrepet holistisk dreier seg om innbyrdes slektskap med kropp, sjel og ånd i et stadig forandrende miljø (Keegan, 2000). Holistisk helse er et omsorgssystem som er rettet mot å integrere og balansere kropp, sjel og ånd (Bar, 1998).

Holisme forbindes ofte med alternativ terapi, men sykepleie og medisinsk praksis kan beskrives som ’holistisk’ uten å inneholde komplementær eller alternativ terapi. Newbeck (1986) og Holmes (1984) fant at den holistiske tilnærmingen er en kjernestein for både sykepleie og alternative terapier. Ordet holistisk brukes både innenfor den holistiske filosofien og i alternative terapier og skaper derfor mye sammenblanding i sykepleie og medisinsk litteratur (Owen, Holmes, 1993).

Rogers (1970) bruker bevisst ikke betegnelsen holistisk da den er tvetydig og har varierte betydninger. Hun valgte å bruke begrepet enhetsmenneske for ikke å blande det sammen med den vanlige bruken av betegnelsen holistisk som stort sett betyr en summering av delene, få eller mange. Enhetsmennesker og deres miljø er ureduserbare heler (Biley, 1990; Fawcett, 1995; Rogers, 1970). Sarkis & Skoner (1987) siterer Engels arbeider som er basert på von Bertalanffy’s (1972) systemteori. Her foretrekkes termen ’biopsykososial’ fremfor ’holisme’ fordi holismebegrepet har forbindelse med tro og trossystemer fra fjerne eller karismatiske autoritets skikkelser (Owen, Holmes, 1993).

Definisjonen av holisme vil alltid være individualistisk basert på oppfatningen om hva et hele er og hvor det ender, eller hvorvidt vi aksepter at det har en ende. Begrepet kan diskuteres i abstrakte betegnelser, men ikke definerte parameterne. Holisme kan sammenlignes med definisjonen av smerte, det er hva individet sier det er (Patterson, 1998).

Buckle (1993) mener at holisme raskt blir et pseudonym i alle betydninger av ordet, men mener at det er mer i forhold til holisme, hvilket impliserer at spesielt sykepleiere skulle utforske utenfor det som er kjent og akseptert (Patterson, 1998).

4.3 Ulike retninger innen helhetstenkning gjennom historien

Holistisk oppfatning har lang historie med røtter tilbake i den klassiske greske periode (Kim, 1999). De gamle grekere mente, i følge Taylor (1988), at en ikke kunne forstå menneskene uten å forstå naturen som et hele, og at den avgjørende faktorer i naturen var organismer som var fullstendige heler fremfor reduserbare mekanismer (Owen, Holmes, 1993). Holisme har vært et fremherskende syn i den medisinske historie frem til aller siste tid, humoralteorien regjerte i 1400 år, en holistisk renessanse skjedde i Gestaltbevegelsen i psykologi, i strukturalist bevegelsen i sosialvitenskap og i Generell Systemteori i biologi og i naturvitenskap generelt (Kolcaba, 1997).

Det enhetlige univers ble spaltet ved separasjonen av subjekt og objekt utviklet av Descartes (1700) i det syttende århundre. Han betraktet naturen som en maskin og mennesket som en del av maskinen og mente at sjelen kunne separeres fra kroppen. Newton utviklet matematikk som støttet Descartes (1700) overbevisning. Alt i universet kunne reduseres til atomer som kunne måles, og tiden var absolutt og lineær (Patterson, 1998). Hegel, beskrevet i Allen (1991), forsøkte å hele kløften ved å forklare egenskapen av indre forhold mellom delene i et organisk hele. Denne tilnærmingen vant popularitet sent i det 19. århundre etter fremgang fra materialisme og mekanisme. I følge Hegel er helheten større enn, førenn, og fastsatt av, dets deler. Delene kan bare studeres og forstås som de tar del i den indre virkelighet som utgjør helet (Owen, Holmes, 1993).

Begrepet om et fiksert og uforanderlig univers ble fjernet med Einstein's (1915) matematiske analyser. Synet på en absolutt virkelighet ble bevist uriktig og dette snudde Newtons fysikk på

hodet. Einstein beviste matematisk at rom og tid varierte relativt i forhold til observatøren (Patterson, 1998). Senere har bl.a. kvanteteorien krevd en godkjennelse av begrepet om innbyrdes forbundethet av energi, energi som kontinuerlig beveger seg fra det vi definerer som subatomiske partikler til biosfæren, inkludert planeten jorda, som alt danner et hele (Patterson, 1998).

Funn fra moderne fysikk reflekterer i en viss grad de gamle østlige filosofers oppfatning. Mange av de gamle kulturene trodde på balanse, selvfornyelse, oversanselighet og harmoni, og at en del bare kan forsåes i dens relasjon til helheten. Dette reflekterer kvalitetene av et hele slik som Capra (1983) identifiserer det. Kinesisk medisin forklarer dette forholdet gjennom yin og yang teorien som beskriver hvordan ting fungerer i relasjon til hverandre og til universet (Patterson, 1998). Kineserne har i tusener av år observert livsprosesser og forhold mellom mennesket og miljø. Fra denne observasjonen har kinesisk medisin utviklet et ordforråd til å beskrive myriader av spissfindige kroppsmønster, som ikke er tilgjengelig for vestlig medisin på grunn av dens vektlegging av sykdomstilstander (Kaptchuk, 1983; Patterson, 1998). Kanskje gamle kulturer/filosofen visste det som kvantefysikken nå beviser, men som biomedisin i stor utstrekning ville velge å ignorere (Patterson, 1998).

Metafysisk holisme

Metafysisk holisme mener at virkeligheten utgjøres av helheter, dvs. at naturen fra ende til annen består av naturlige arter. Platon og Aristoteles utviklet versjoner av denne læresetningen, som fikk vestlig vitenskap til å utforske naturen gjennom å inndele den i naturlige arter, og oppdaget dermed typer og undertyper. Uforenelighet blant levedyktige klassifikasjonsskjemaer, og at de overlapper hverandre på tilfeldige måter, insinuerer at enten er metafysisk holisme mistenkelig eller så er det overordnede skjemaet for å løse disse problemene ikke funnet (Kolcaba, 1997).

Ledende skjemaer ble satt frem av to representative metafysiske holister i 20. århundre. **Jan Smuts** (1926) (Sør Afrikanske statsmann, vitenskapsmann og filosof, influert av Darwins teori) var den første formelle bruker av holisme som en betegnelse, i den enkleste betydning og den første som forsøkte å utvikle disse ideene systematisk (Owen, Holmes, 1993). Han betraktet universet som ureduserbar til deler og som er mer enn summen av deres deler (Kim, 1999). Universet utvikler seg mot å produsere helheter innenfor et hierarki med grader av

kompleksitet (Kolcaba, 1997), og heler er grunnlaget for universets karakter. De inkluderer alle virkeliggjorte opplevelser, en prosess hvor realitet og opplevelse har blitt utvidet, og et ideal mot hvilket realiseringsprosessen tenderer (Owen, Holmes, 1993). Holistisk filosofi har gradvis påvirket et antall disipliner. Først 50 år etter Smuts opprinnelige publikasjon begynte ordet holisme å forekomme i sykepleielitteraturen, men hans pionerarbeid ble sjelden sitert (Owen, Holmes, 1993).

Den første tydelige holistiske teori som formelt ble innkorporert i sykepleie i løpet av 1970 tallet var **Ludwig von Bertalanffy's** (1968) generelle systemteori. I følge Bunge (1979) var teorien en reaksjon på holismens tendens til å tape det individuelle/særpregede av syne. Teorien fastholder at strukturenes karakter fremkommer fra interaksjon og gjensidig avhengighet med deres deler. I følge Phillips (1977) forkastes reduksjonisme til fordel for en variasjon av Bergsons evolusjonisme, hvor i følge Hall & Weaver (1985), alle levende systemer er heler, utvikler seg og ordner seg hierarkisk og hvert system har et subsystem og et suprasystem. I følge Newbeck (1986) fungerer ingen del av systemet i isolasjon uten å innvirke på helheten (Owen, Holmes, 1993). Realiteten som et hele utgjøres av en hierarkisk ordensrekkefølge av innhyllete systemer (Kolcaba, 1997).

Smuts (1926) og von Bertalanffy's (1968) syn overbeviste ikke det vitenskapelige samfunn som var skeptisk til metafysisk holisme. Rescher (1978) mener at det mest virkningsfulle klassifikasjonssystem ikke reflekterer virkeligheten så bra at det kan konkluderes at naturen innbefattes av disse fremfor andre naturlige arter. Dessuten forhindrer uorden naturen fra å være omfattende klassifiserbar. I følge Kuhn (1973) førte en forvirring over uoverensstemmende klassifikasjonssystem og uforenelige teorier til at det oppstod betydningsfull fremgang i vitenskapshistorien (Kolcaba, 1997).

Ekspérimentell holisme

De fleste moderne vitenskapsmenn tilhører ekspérimentell holisme. De forventer at naturlige virkeligheter vil deles inn i komponenter eller være betydelig relatert til en eller annen større realitet. Realiteten behandles som om den var innbefattet av heler og lar spørsmålet med hensyn til dets faktiske natur stå åpent. Et hele antas å være en organisert gruppe av deler. En organisk enhet sies å ha egenskaper som dens deler ikke har. Eksempelvis er en person bevisst, men hans indre organer er ikke det. Ekspérimentell holisme bruker et

klassifikasjonssystem med skjema over typer og undertyper, kvantifiserer dem forskjellig, og styres av kriterier fastsatt av holistiske begreper, heler og deler, hver enkelt sine egenskaper og deres organisering. Den eksperimentelle fremgangsmåte innebærer å bruke holistiske hypoteser først og fremst for videre undersøkelser, men kan avvike fra holistiske oppfatninger etter behov (Kolcaba, 1997).

4.3.1 Holistiske hovedretninger

Holismer som mangfoldige, forskjellige filosofier, både fra den ontologiske og epistemologiske bakgrunn, er basert på mange oppfatninger (Kim, 1999). Ut fra mangfoldigheten innen holisme og holistisk filosofi har Kim (1999) trukket ut fire innflytelsesrike og opprettholdende tema fra flere fremstående vitenskapsmenn og filosofer, se tabell 7. Phillips (1977) mente at de mange holismer er sammensatt av tre større og separable teser, som han betegner holisme 1, 2 og 3 (Owen, Holmes, 1993). Se tabell 8.

Tabell 7

Ulike holistiske temaer i (Kim, 1999, side 92 – 94).

Tema 1	Tema 2	Tema 3	Tema 4
(Organicism) Organismerettet	Generell System Teori, Bertalanffy og Koestler hierarkiske begrepsgjøring av systemer	Darwin Evolusjonsoppfatningen Teilhard de Chardin	David Bohm versjon av holisme Universell holisme Holomovement, udelt bevegelse
Betrakter en organisme som et hele som har funksjonell forbindelse med dets miljø. Teleologi som grunnlaget for hele organismens overlevelse, vekst og forandring.	Generell fremherskende vitenskap om heler. Inkluderer begrepet om system som organiserte heler fra hvilket elementer er gjensidig avhengige og felles påvirkning og prinsippene om det å dukke opp, entropi og negentropi, anvendelige på systemer uten å bry seg om delenes natur og deres forbindelser mellom partene.	Mennesker utvikler seg i stigende mer komplekse enheter.	Forener alle ting, hele virkeligheten som et hele. Universfenomener må uttrykkes på betingelser av helhet og retning. Hver partikkel er bare en abstraksjon av en forholdsvis konstant bevegelsesform i hele universets felt og elementærpartikler er vedvarende bevegelser som er gjensidig avhengig fordi til slutt går de opp i en høyere enhet.

Oversatt og satt i tabellform av Birkeflet (2002).

Tabell 8

Phillips (1977) differensiering av tre hovedholismer

Holisme 1	Holisme 2	Holisme 3
Organicism. er typisk eksempel på Smuts (1926) holisme og kan analyseres i det den innlemmer fem beslektede/innbyrdes forbundet oppfatninger 1. Den analytiske tilnærmingen beviser utilstrekkelig når den anvendes på sikre tilfeller, for eksempel en person, samfunn eller til og med virkeligheten selv 2. helet er mer enn summen av dets deler 3. helheten bestemmer egenskapen av sine deler 4. delene kan ikke forstås hvis de betraktes i isolasjon fra helheten, og 5. delene er dynamisk beslektet eller innbyrdes/gjensidig avhengig I sin helhet er holisme 1 motsatt av støtte av den analytiske metode og reduksjonisme, som ikke desto mindre aksepterer flere av dets teser.	Skiller seg fra holisme 1 i at den argumenterer at i det minste noen av de oppdøkkende egenskaper av helet kan forutsies fra en kunnskap om delene. Den hevder også at mens reduksjonistiske analyser har sine mangler, vedblir den en verdifull undersøkelses metode.	Forslagstillere til holisme 3 foreslår at det er en viktig plass i vitenskapen for begreper som referer til helenes egenskaper, enskjønt ytterligere vilkår kreves til å karakterisere felles eller [ordered complexes] systemkomplekser, som er funnet i naturen. Dette standpunkt er akseptert av flertallet av støttere for den analytiske metode og reduksjonisme.

Satt i tabell form og oversatt av Birkeflet (2002) (Owen, Holmes, 1993).

Dreyfus (1980) differensierte mellom teoretisk og praktisk holisme, tabell 9 (Owen, Holmes, 1993).

Tabell 9

Dreyfus (1980) sin differensiering av holisme

Teoretisk holisme	Praktisk/anvendelig holisme
All vitenskap involverer fortolkning og behandler all forståelse som et problem av teoretisk kunnskap.	Dreyfus assosierte praktisk holisme med Heidegger, plasserer mening/betydning innenfor kontekstuelle heler karakterisert av felles praksis/fremgangsmåter og forståelser.

Satt i tabellform og oversatt av Birkeflet (2002) (Owen, Holmes, 1993).

Ingen av holismene antatt enten av filosofer eller vitenskapsmenn støtter alle grunnsetningene som vedrører holisme (Kim, 1999). Figur 6 viser generelle holistiske hovedoppfatninger.

Figur 6 viser generelle holistiske hovedoppfatninger

Generelle holistiske hovedoppfatninger
<ul style="list-style-type: none"> • Helhet er ansett som et hele når det er satt sammen av deler som er gjensidig avhengige og i innbyrdes gjensidig påvirkning. • Helhet er uatskillelig fra virkeligheten og er selvstendige helers essensielle karakter. • Helheten er mer enn summen av dets deler og er forskjellig i sitt særpreg ut fra dets deler. • Helheten avgjør delenes natur, og delene har ontologisk betydning i sammenheng med helheten. • Helheten er en oppdukkende selvstendig hele og følger utviklingsprosesser mot økende kompleksitet og mangfoldighet. • Et selvstendig hele i egenskap som et hele er i konstant interaksjon med dets miljø. • En selvstendig hele i egenskap av et hele er innesluttet i et større hele ettersom alle enheter som heler er organisert under et hierarkisk nivå med gjensidig påvirkning og gjensidig avhengighet. • Det er klare prinsipper som styrer helenes atferd og karakteristika, som bare gjelder heler.

Figuren er oversatt av Birkeflet (2002) (Kim, 1999 side 94).

4.4 Holistisk retningsvalg og konsekvenser for syn på mennesket og sykepleie

Kolcaba (1997) identifiserer tre typer holisme i sykepleien og viser at disse er metafysisk, vitenskapelig og etisk uforenelige da begrepene person, system og organisme stilles i motsetning på sammensatte måter, se tabell 10 (Kolcaba, 1997).

De tre kategoriene er sykepleiepraksis som tilhører ”Whole person holism”, ”Organismic holism” importeres fra sykepleiens grunnlag i biologi, og der sykepleie tilnærmes medisin inkorporerer den ”Systemic holism”. ”Whole person holismen” er viktig for pasientomsorgen,

og kan brukes som et grunnlag for å bestemme hvordan de to andre holismene skal behandles gjennom et synspunkt som kalles Personbasert holisme (Kolcaba, 1997).

Tabell 10

Tre typer holisme

Tre typer holisme			
	Hele-mennesket-holisme	Systemiskholisme	Organisme rettet holisme
Sentral rolle	Som praksis sentrert disiplin	Når sykepleien tilnærmes medisin	Fra grunnlag i biologi
	Stammer fra tradisjonen som humanistisk praksis.	Brukes av medisinerere.	Teorier om genetikk og naturlig utvalg.
Metafororientering		Naturlige realiteter er systemer	
	Personer blir syke, ikke systemer.	Hele systemer forstås som enheter for undersøkelse og behandling. {Løsningen på helseproblem; å kjenne symptomer relatert til defekte deler og hvordan helbrede dem}.	Etiologien (årsak) og vanlig organismefunksjon kan ikke forklares uten å forstå deres utviklingskontekst.
Definisjon av begrepene: Person, System, Organisme	Begrepene person, system og organisme stilles i motsetning på sammensatte måter, innenfor de tre typene holisme, de er metafysisk, vitenskapelig og etisk uforenelige. Se presentasjon av de ulike synene.		
Overordnet styring	Hele-mennesket-holisme	Kan gjennom synspunktet Personbasert holisme ha en overordnet styring om hvordan Systemiskholisme og Organisme rettet holisme kan håndteres.	

Satt i tabell form og oversatt av Birkeflet (2002) (Kolcaba, 1997).

Kolcaba's (1997) differensiering av holisme etter hvordan pasienter er begrepsgjort, danner tre slags holistiske syn.

1. System begrepet

Et system kan defineres som en gruppe med innbyrdes forbundne deler som felles utfører en funksjon. Innenfor pattedyrbiologien er det sirkulasjons-, fordøyelses- og forplantnings-systemene hvis funksjonen er sirkulasjon av blod, fordøyelse av mat, reproduksjon av art. Systemet består av det som er nødvendig for å utføre funksjonen. Funksjonen er målestokken for systemets helse. Vestlig medisin bruker systemsynet. Dets metafysiske orientering er at naturlige virkeligheter er systemer eller er omfattet av systemer. Organismer består av systemer, men i kontrast overgår mange biologiske systemer organismer. Hvis elementene fra et system bestemmes av funksjon, og biologiske funksjoner krever elementer fra en organismes omgivelser, da er deler av systemet aspekter av omgivelsene (Kolcaba, 1997).

Hvis ulike systemer utvider seg inn i omgivelsene, og organismer var omfattet av slike systemer, ville en organisme inkludere deler av omgivelsene. En person består av flere slike systemer, og det ville være ubegripelig å oppfatte det som et hele. Individet ville ikke kunne skilles fra omgivelsene, men ville flyte inn i dem og det ville ikke ha noen naturlige grenser. Martha Rogers (1970) følger Bertalanffy (1968) ved å definere mennesket som et åpent

system, dvs. et system som opprettholder et kontinuerlig utveksling av materie med dets omgivelse. Problemet er at utvekslingen av materie er del av systemet, og mange dynamiske grenser strekker seg inn i hva vi kaller omgivelsene. Et system utgjøres av beslektede deler, og å ekskludere en av delene i navnet av ”åpent system” etterlater teoretikeren maktesløs til å forklare systemet (Kolcaba, 1997).

2. Organisme

Organismebegrepet forklares gjennom teorier om genetikk og naturlig utvalg. En hel organisme er en realisert genetisk kode som innenfor et egnet miljø forårsaker dannelsen av et integrert gruppe med organ systemer. En organisme er skilt fra miljøet, og uttrykket ”omgivelser og miljø virker på hverandre”, ville ikke gi mening hvis miljøet var del av organismen. Da ville organismen være et produkt av seg selv eller ha gjensidig påvirkning med seg selv. Separasjon fra miljøet muliggjør en tydelig forestilling om individet, og ut fra organismebegrepet reduseres personen til en biologisk uavhengig eksistens. Kunnskap om mennesker er ensbetydende med kunnskap om biologiske subsystemer og deres funksjoner. Metafysikken som er bærende for biologiskvitenskap, er derfor essensiell materialistisk og forstår personer som dyr av en viss art. Det er lite forståelse av personers ikke-dyriske sosiale identitet og etiske aspekt (Kolcaba, 1997).

3. Person

I generell betydning, er et menneske et selv/jeg eller en person som eier en kropp. Ut i fra et dualistisk syn, kropp/sinn identitet teorien, ville eierskap av kroppen bety eierskap av selvet/jeget. De ontologiske kategorier om sinn og kropp, deres gjensidige påvirkning, og sinnets kausale status, presenterer tallrike filosofiske dilemmaer. Derfor er metafysikken vedrørende mennesker problematisk. Mennesker er erfaringsvesener. De har karakter som formidler og anvender erfaring, tenkeevne og atferd gjennom å leve et liv og delta i samfunnet. Mennesker har kunnskapskrevende kompetanse og bruker erfaring til å danne et selv bilde og en forståelse av deres plass i tingenes system. Mennesker som selv/jeg’er har etisk rang. Det inkluderer rettigheter i forhold til respekt som en person, og til visse former for behandling og visse goder, samt ansvarsfullhet og forpliktelser for selv/jeg, andre og miljøet. Begrepene om system og organisme er ved definisjon blottet for etisk innhold, de inkluderer ikke ansvarlighet, forpliktelser og medfører ikke handling (Kolcaba, 1997).

Konsekvenser

Utenfor den medisinske kontekst, ville vanlige mennesker bli temmelig overrasket dersom de ble informert at de som personer (selv/jeg) er organismer. Den skapende side av oss er ofte tatt billedlig og synes underlig når den presses inn i diskusjoner om celler og organers biologi. I motsetning til organismer, er mennesker som bevisste vesener transtemporale. Et menneske eksisterer innenfor et mentalt liv som kan representere den fjerne fortid, forene minner med det følende nuet, og projisere visjoner inn i fremtiden. Organismer består av rekker med biologiske begivenheter som forekommer innenfor en enkelt tidsmessig sekvens. Organismer og deres kjennetegn er type karakteristika. I det personer eier noen av disse egenskaper gjør personer umåtelig kompliserte (Kolcaba, 1997).

Tabell 11

Sammenligning av de tre begrepene om system, organisme og person

Systembegrepet	Organismebegrepet	Personbegrepet
1 Systembegrepet er definert.	1 Systembegrepet er innlemmet.	1 Systembegrepet refererer til en gruppe med egne (owned) subsystemer.
2 Organismebegrepet er forlatt som metafor.	2 Organismebegrepet er definert.	2 Organismebegrepet er forlatt som metafor.
3 Personbegrepet er uforståelig.	3 Personbegrepet er forstått uttrykt i biologisk funksjon	3 Personbegrepet er definert.
4 Systemsynet er typisk for medisin.	4 Organismeklassifikasjon er standard i biologi.	4 Personbegrepet er en fundamental kategori i sykepleie.
5 Dets metafysiske orientering er at naturlige realiteter er systemer eller grupper av dem.	5 Dets metafysiske orientering er materialisme.	5 Dets metafysiske orientering er typisk kropp/sinn identitet eller vekselvis dualisme.
6 Omgivelsene kan være et utgjørende av et system.	6 Omgivelsen er ikke et utgjørende /grunnlovgivende for en organisme.	6 Aspekter ved omgivelsene kan kvalifisere som grunnlovgivende/utgjørende av helheten.
7 Begrepet begrenser oss til et perspektiv av personer som ting.	7 Begrepet sentrerer på et dyrisk perspektiv på personer.	7 Begrepet fremmer et åndelig perspektiv på personer.
8 Erkjenner ikke menneskets etiske aspekt.	8 Erkjenner ikke menneskets etiske aspekt.	8 Erkjenner menneskets etiske aspekt.
9 Historien til en systemtype er skjevt relatert til dets funksjon.	9 En organismes historie er begynt i natur historien til lignende organismer.	9 Personlig historie etableres individuelt/personlig identitet, men er ikke betraktet som del av naturhistorie.

Tabellen er oversatt av Birkeflet (2002) (Kolcaba, 1997).

Personer oppfatter intuitivt at de er integriteter eller heler, og dette har veiledet sykepleiere i pasientinteraksjoner. Fra et vitenskapelig eller filosofisk synspunkt er det fastslått at vår enhetssans er en illusjon. Innenfor sykepleie ville behandling kreve å handle etter illusjonen som om den var sann. Mellompersonlige interaksjoner ville fremdeles være unngåelig, ønskelig og nødvendig. Hvis pasienter var et virvar av systemer, eller bare biologiske mekanismer, ville sykepleiere ha vanskelighet med å se eller behandle dem bare som det. Fra pasientens perspektiv vil en slik behandling være dypt frastøtende. Fawcett (1989) mener at forestillingen om hel person er et ufravikelig organiserings begrep i den praksis orienterte sykepleievitenskap (Kolcaba, 1997).

Muligheten for et forenende syn

Imidlertid fant Kolcaba (1997) at hele-mennesket-holisme var verken kompatibel med kjernebegreper i medisin og biologi eller rik nok til å integrere med de to andre holismene. En superholisme som sammenfatter en syntese av de tre, er derfor ikke på trappene. Han foreslår å bruke hel-person holisme som et grunnlag for å avgjøre hvordan de to andre holismene kan behandles. Et utkast til dette synspunktet er presentert i begrepet personsbasert holisme (PBH), som kan gi grunnlag for å utarbeide en syntese etter hvert. En utfordring for utviklingen av PBH er å bruke eksperimentelle hypoteser fra hver metafysikk i forskning og anvende oppnådde resultater til å forsone ulikheter blant dem (Kolcaba, 1997).

I sykepleie er det identifisert at ulike holistiske syn kan kategoriseres i fire typer, se tabell 12, som godkjenner ulike kombinasjoner av de holistiske syn ("entitativ holism", "anthropocentric holism", "hierarchical systemic holism" og "universal cosmic holism") (Kim, 1999 side 94 - 97).

Tabell 12

Fire kategorier holisme

Entitativ holism	Anthropocentric holism	Hierarchical systemic holism	Universal cosmic holism
Betrakter levende og ikke levende eksistenser å være heler med sitt unike karakteristika og styres av spesielle sett holistiske prosesser som definerer dets atferd som en hel enhet.	Fokuserer på mennesker som holistiske enheter med karakteristika og prosesser forskjellig fra andre levende og ikke levende enheter på jorda. Fremhever at kropp, sinn og sjel er et hele. Mennesker som heler er gjensidig påvirkning med miljøet, omgivelsene er nødvendigvis et hele i seg selv men kan være sammensatt av andre typer heler.	Systemer og subsystemer	Mennesket er i ett med deler av universet, uatskillelig og forbundet innenfor den universelle karakter. Det totale kosmos. Mennesket mister deres unike egenskap.
Slutter seg til den vitenskapelige holisme som motsetter seg reduksjonisme og atomisme, men nødvendigvis ikke mekanisme.	Humanisme Gestalt psykologi Beslektet med organicism	Generell system teori (GST) Pragmatisme og constructivism	Ecological holism (totalitær)
	Levine, Roy, Biofysiologiske klient modell	Talcott Parsons teori om sosiale systemer, King, Roy, Neuman	Bohm, Martha Rogers

Satt i tabell og oversatt av Birkeflet (2002) (Kim, 1999 side 94 - 97).

4.5 Holisme i sykepleien

Holisme som sykepleiefilosofi og som grunnlag for teoriutvikling i sykepleie har vært til stede i lang tid, og sykepleien har blitt begeistret over forestillingen om holisme (Boscma, 1994; Kim, 1999). Sykepleie er en holistisk praksis gjennom definisjon og historie. Sykepleie har

aldri bare fokusert på den fysiske kroppen eller sykdommen, men betraktet personens holistiske natur. Sykepleie er opptatt av klientens opplevelse av tilstanden, og tar seg av påvirkninger fra miljøet, sosiale og spirituelle faktorer som fremmer helbredelse og velvære for klienten (Frisch, 2000).

Kim (1999) bekrefter at bortimot alle sykepleieteoretikere bruker betegnelsen holisme eller holistisk/helhetlig i beskrivelsen av deres teorier, men påpeker at det ofte ikke er spesifisert hvilke antagelser om holisme som er innkorporert i teoriene (Kim, 1999). Holistisk er brukt både i relasjon til den holistiske filosofien og om alternative terapier, hvilket har skapt mye diskusjon og frustrasjon i sykepleien (Kim, 1999; Owen og Holmes, 1993). Betydningen varierer fra kontekst til kontekst og fra en periode til en annen da betegnelsen ble introdusert i sykepleieteori og praksis med ulikt motiv og perspektiv (Kim, 1999).

Boschma (1994) identifiserte tre viktige perioder som reflekterer 3 separate retninger innen holistisk tenkning som hadde ulike perspektiver på sykepleiens profesjonskamp. "Holistic public health nursing" på begynnelsen av 1900-tallet, "Holistic hospital nursing" i midten av århundret og "Moderen holistic health nursing modell" som oppstod i 1960-årene (Boschma, 1994). Bruken av begrepet holisme i forhold til å begrepsavklare helse, sykepleiefilosofi, ontologiske orienteringer og teoretiske perspektiver har ført til tre kilder til sykepleiediskurs (Kim, 1999).

1) Arven fra Nightingale, Nightingale modellen, "The whole patient"

Den første diskusjonen var i forbindelse med sykepleiepraksis. Helt siden Nightingale er det funnet støtte for holisme i sykepleien. "The whole patient" tilnærmingen, mente det var nødvendig å betrakte pasienten ut fra kropp, sinn og ånd og personens helhetlige relasjon til miljøet. Dette har vært en fundamental oppfatning innen sykepleie, men først etter andre verdenskrig kom en mer anerkjent bølge med helhetlig betoning i sykepleie. På 1950- og 1960-tallet forsvarte mange sykepleieledere i USA en helhetlig sykepleiefilosofi for å atskille sykepleie fra medisin (Kim, 1999) og Nightingale-modellen inspirerte til selvstyring og en uavhengig rolle. Ambisjonene var rotfestet i feministbevegelsen, forbedring av kvinnelig utdanning og sosialreform (Boschma, 1994).

Sykepleie var begrepsdannet som holistisk. Det ble lagt vekt på en omfattende sykepleieromsorg med fokus på alle helseaspekter av pasienten (fysisk, psykisk, mentalt, sosialt og spirituelt), og undervisning i sunt levesett gjennom oppsøking i nabolag, hjem og skoler (Boschma, 1994; Kim, 1999). De tok avstand fra det reduksjonistiske, biomedisinske fokus, som er sykdom og patologiorientert fremfor å se pasienter som mennesker. Denne oppfatningen av holisme er integrert i den sentrale sykepleieideologi og er ofte brukt som et motto for sykepleiepraksis og sykepleiebegreper (Kim, 1999).

2) New Age, den holistiske helse bevegelsen

Den andre bølgen var i forbindelse med den fremherskende holistiske helsebevegelsen som dukket opp på 1960- og 1970-tallet med den voksende motkultur og new age kulturer. I slutten av det nittende og begynnelsen av det tjuende århundre utviklet holismen seg som en respons på reduksjonismen, mekanismen og atomismen som var blitt den dominerende vitenskapelige filosofi ikke bare innenfor de harde vitenskaper (fysikk, kjemi, biologi), men også i psykologi, sosiologi, antropologi og politisk vitenskap. Motbevegelsen bestod av flere alternative former for holisme for å betrakte biologiske organismer, institusjoner, samfunn eller politiske enheter som heler og studere dem som heler i egenskap av heler. *Vitenskapelig holisme* var derfor en utvikling, for å utfordre fullgodheten til flere vitenskapelige tilnærminger. Den har fremkommet med en felles agenda, men utviklet seg i mange typer og former (Kim, 1999).

En utvikling som påvirket sykepleien var at medisinsk vitenskap og ny teknologi fikk større betydning etter akseptering av bakterie teori. Introduksjon av aseptiske og antiseptiske teknikker tillot at mer kirurgi ble utført. Dette førte til økt behov for sykehussykepleiere og omsorgen ble kompleks og teknisk. Sykehusmedisin så på sykdom som en spesiell uavhengig eksistens med en diagnose og spesifikk behandling, fremfor som en ubalanse mellom kroppen og omgivelsene. Sykepleie ble mer oppdrag og rutine orientert og Public health bevegelsen avtok under 1920 og 1930 tallet (Boschma, 1994).

Mulighetene for studier på sykepleieprosedyrer endret sykepleielederskapets fokus. Etter 2.verdenskrig innførte flere sykehus klinisk sykepleieforskning som fokuserte på sykepleieproblemer relatert til medisinske diagnoser eller for å utbedre sykepleie metoder. Øket rasjonalisering av sykepleiepraksis førte til at sykepleieledere prøvde å formulere

profesjonens logiske forklaring på en holistisk måte. De satte fokus på at omsorg var til individet som et hele, og definerte sykepleie gjennom generelle holistiske begreper. Begrepet holisme fikk ulik betydning, men skilte sykepleie fra den reduksjonistiske medisin. Sykepleieren ble mer selvstendig. Tanken på profesjonell uavhengighet basert på omfattende omsorg mistet fellesskapets fundament, men beholdt sin legitimisering og ideologiske funksjon i akademisk sykepleie (Boschma, 1994).

Helsepersonell som var missfornøyd med objektivisering innen den dominerende biomedisinske tilnærmingen ble tiltrukket av den holistiske helebevegelsen. De assosierte den biomedisinske modellen med reduksjonistisk, atomistisk, dualistisk og mekanistisk tanke og en autoritær tilnærming til pasienter. Bevegelsen utviklet seg på bakgrunn av skuffelser med effektene av vitenskap og teknologi. Sosialbevegelser slik som antikrigbevegelse, en ny bølge av feminisme og en sterk intellektuell interesse i new age begreper utviklet seg i denne atmosfæren (Boschma, 1994).

Alternative helsebegrep utvunnet bl.a. fra østlig filosofi, slik som akupunktur og meditasjon, massasje, biofeedback og visualisering ble introdusert i sykepleie og integrert i en ny helsefilosofi. Sykdom betraktes som et potensial for vekst. Disse ideene ble anvendt i flere holistiske sykepleieomsorgsmodeller som oppstod i 1960 årene, for eksempel terapeutisk berøring ved Krieger (1990), og førte til at mange sykepleiere utviklet uavhengige roller utenfor sykehus systemet (Boschma, 1994). Begreper som helhetlig-helse, helhetlig-pleie, holistisk-sykepleie og holistisk-medisin ga forskjellig mening til begrepet helhetlig. Helhetlig innenfor denne retningen menes alternative terapiformer som ikke er basert på tradisjonell biomedisin og naturvitenskap. Mennesket betraktes som enhetsheler sammensatt av mange dimensjoner som er gjensidig avhengig. Grunnlaget for healing er integrering av kropp, sinn og sjel (Kim, 1999). Den holistiske helsebevegelsen omslutter uoverstemmene filosofier, religiøse læresetninger og psykologiske teorier (Kolcaba, 1997).

Holistisk helse ble mest populær i familiemedisin og klinikker for forebyggende helse fremfor i vanlig sykehus praksis. Profesjonelle sykepleieorganisasjoner ble etablert slik som Nurse Healers-Professional Associates Inc. i 1979, og American Holistic Nursing Association (AHNA) i 1980. Journalen *Holistic Nursing Practice* begynte publisering i 1986 (Boschma, 1994).

3) Sykepleieteorier

Den tredje diskursen om holisme begrepet oppstod i relasjon til utvikling av sykepleieteori som for alvor begynte på 1970 tallet. Nesten alle de største sykepleierteoretikerne på den tiden, i følge Kim (1999) (Rogers, Orem, Roy, Newman, Parse, King og Neuman) (Vedlegg 5) forsvarte den helhetlige filosofien. Det ble forvirring om hvem som var kvalifisert til å kalle seg holist. Parse (1987) håndterte delvis forvirringen gjennom å differensiere sykepleierteorier i samtidighet- og totalitetparadigmer (Kim, 1999). Totalitetparadigmet definerer at helheten er summen av delene, mens samtidighet paradigmet mener at helheten er mer enn og forskjellig fra summen av delene (Barrett, 1990; Parse, 1987).

Rogers, Newman og Parse mente at den eneste hensiktsmessige definisjonen av person er på betingelser av det enhets hele. Det er umulig å tenke om personer at de har bestanddeler (for eksempel bio-psyko-sosial-spirituelle bestanddeler), enhver diskusjon om en "del" er uriktig. Andre teoretikere (Roy, Orem, King, Erikson, Watson) mente at diskusjon om "delene" kunne være nyttig for å betrakte de ulike måtene en person fungerer, føler og reagerer på i forhold til miljøet. Denne debatten førte til at The American Holistic Nurses' Association (AHNA) ble spurt om å ta stilling til meningen med helhet i en holistisk sykepleiepraksis (Frisch, 2000).

ANHA erkjente at det er to syn angående holisme, og mente at holistisk sykepleie svarte til begge synene, og målet for sykepleie kunne oppnås innenfor begge strukturer (Dossey, Guzzetta, 2000; Frisch, 2000). Dette er en inkluderende holdning som gjør all sykepleie holistisk, hvilket underbygges av Kolcaba (1997) som mener at helhetlig tenkning er så mangfoldig at alle teoretikere kan kalles holister. Det blir heller en utfordring for sykepleie å finne hvilken holisme de tilhører (Kolcaba, 1997). Kim (1999) mener at det er forskjeller i holismens filosofi, og det er vanskelig å bedømme om en teori er helt holistisk (Kim, 1999).

4.6 Holistisk sykepleie

Holistisk sykepleie omfatter all sykepleie som har som mål å forsterke healing av hele mennesket fra fødsel til død (AHNA Standards of Holistic Nursing Practice, Appendix 1-A, s 27). Døden betraktes innen sykdom-helbredelsesystemet som en mislykkethet, fienden som en prøver å unngå for enhver pris, selv på bekostning av menneskelighet og personlighet hos den som blir behandlet. I healingsystemet betraktes døden som en naturlig prosess, den er del av

den naturlige forklaringen på livsprosessen. I noen spirituelle tradisjoner, betraktes døden i seg selv som det maksimale healing, siden det befri den evige sjel fra dens begrensning, smerte og lidelse. Dette er selvfølgelig et spørsmål om individuell tro (Quinn, 2000). Døden er stadium av livet som passer inn i en vid filosofi, som gir både døden og livet mening (Olson, Dossey, 2000). Jf. Rogers.

Healing er en livstilstand eller en levemåte. En døende person kan faktisk være i en healing-tilstand karakterisert av integrasjon, balanse og dyp indre tilfredsstillelse. Healing involverer å utvide våre indre potensialer og derfor betraktes ikke døden som en svikt/feil, men som en naturlig livs konsekvens. Målet for holistisk helse er ikke å behandle symptomer, men å assistere et menneske til å opprettholde balanse og leve et meningsfylt liv (Bar, 1998). Det er interessant å se om denne målsetningen noen gang kan komme i konflikt med et reduksjonistisk syn.

Holisme innebærer å identifisere det innbyrdes slektskap av menneskets bio-psyko-sosiale-spirituelle dimensjoner, vedkjenne at helet er større enn delene, og å forstå individet som et enhetlig hele i gjensidig prosess med miljøet (AHNA Standards of Holistic Nursing Practice, Appendix 1-A, s 27).

Amerikansk forening for holistisk sykepleie har utarbeidet en standard for holistisk sykepleierpraksis. Standarden innlemmer fem kjerneverdier. 1) holistisk filosofi og utdanning, 2) holistisk etikk, teorier og forskning, 3) holistisk sykepleie egenomsorg, 4) holistisk kommunikasjon, terapeutisk miljø og kulturell mangfoldighet, 5) holistisk omsorgsprosess. Bestått ANHA's autorisert holistisk sykepleieeksamen gir rett til tittelen godkjent holistisk sykepleier, HNC. Sammen med North American Nursing Diagnosis Association har AHNA bistått til boken *Holistic Nursing, A Handbook for Practice* (Dossey, Keegan, Guzzetta, 2000). AHNA har eget nettsted (<http://www.ahna.org/home/home.html>).

Holistiske sykepleiere anskaffer og vedlikeholder aktuell kunnskap og kompetanse i holistisk sykepleierpraksis og følger AHNA standard for holistisk sykepleierpraksis. Denne standarden er basert på filosofien om at sykepleie er en kunst og en vitenskap hvis viktigste formål er å skaffe services som setter individer, familier og samfunn i stand til å oppnå deres iboende helhet. Begreper innesluttet i standarden innlemmer evnen til å forstå forbindelsen av kropp,

sinn og ånd. Holistiske sykepleiere bruker ”doing” og ”being” terapier, se tabell 13 (Dossey, Guzzetta, 2000).

Tabell 13

Doing og Being Therapies

Doing Therapies, Handlings terapier	Being Therapies, Tilstedeværelse terapier
Inkluderer nesten alle former for moderne medisin slik som medisiner, prosedyrer, diett, stråleterapi og akupunktur, mm.	Braker ikke ting, men bruker bevissthets tilstander slik som bilder, bønn, meditasjon, stille refleksjon, og tilstedeværelse og hensikt fra sykepleieren. Dette er terapeutiske teknikker da styrken fra psyken påvirker kroppen. De kan være ledet/kontrollert eller ikke ledet/kontrollert/rettet. En ledet mental strategi tilknytter et spesielt resultat for eksempel normalisering av blodtrykk etter visualisering. I ikke ledet tilnærming forestiller personen seg det beste utkomme av situasjonen, men prøver ikke å lede utkommet i en bestemt retning.

Tabell en er laget av Birkeflet (2002) (Dossey, Guzzetta, 2000).

The Holistic Nurses Association (HNA) som ble etablert i England i 1993, mener at holistisk sykepleie erkjenner at helse kommer fra en balanse av våre fysiske, spirituelle, psykologiske og sosiale behov. Vår helhet avhenger av et slektskap til hver andre, vårt miljø og det som gir oss livsmening. Holistiske sykepleiere vitner ikke om komplementære terapier, selv om disse kan brukes, men begynner med et åpent sinn og villighet til å utforske potensialet for personlig vekst, helse og velvære for oss selv og andre (Patterson, 1998).

The Holistic Nurses Association (HNA) of New South Wales (NSW), Australia, ble etablert i 1995. HNA ble etablert for å støtte sykepleiere med liten entusiasme for de mekanistiske og reduksjonistiske metoder i moderne helseomsorg og som ønsket å utøve omsorg på en holistisk måte. Gruppen sprer informasjon og utgir 4 ganger årlig et Newsletter; ”Holistic Connections” som inneholder forskningsartikler. De besvarer spørsmål vedrørende bruken av naturterapier innenfor helsetjenesten. Gruppens representanter har bistått ”The Nurses Registration Board of NSW” i å formulere en policy for komplementære terapier. ”Complementary Therapies in Nursing Practice policy document”, fra desember 1988, dekker praksisstandarder, den individuelle sykepleiers ansvarlighet og spørsmål vedrørende godkjenning og praksis (Redmond, 2000).

I Norge ble sykepleiernes faggruppe i alternativ medisin (SFA) etablert i 1997 for å organisere sykepleiere med interesse for alternative terapiformer (<http://www.sfa.no>). Gruppen er ikke organisert i Norsk Sykepleier Forbund (NSF).

NSF nedsatte i 1999 arbeidsgruppen ”Alternativ medisin og sykepleie” ledet av Irene Aune. Gruppas mandat var 1) å utarbeide et policydokument om hva NSF bør mene om alternativ medisin og 2) svare på NOU 1998: 21 Alternativ medisin. Policydokumentet er pr. september 2002 ikke offentliggjort.

4.6.1 De mest brukte veiledende teoriene for holisme innen sykepleie

Bio-Psyko-Sosial-Spirituell Modell. Bio-psyko-sosial-spirituell modellen er den vanligste og mest omfattende holistiske modell for å veilede helseomsorg. Modellen mener at alle sykdommer har en psykosomatisk komponent. Biologiske, psykologiske, sosiale og spirituelle faktorer medvirker alltid ved symptomer og sykdom (disease eller illness)³. Hver komponent er gjensidig avhengig og innbyrdes beslektet, og må vurderes for å oppnå optimale terapeutiske resultater. Pasientrettighetserklæringene sier at pasientomsorg må inkludere overveieelse av psykososial, spirituell og kulturelle variabler som influerer sykdomsoppfatningen. Forskriftene om pasientomsorg reflekterer betraktninger av pasienten som et individ med personlig verdi og trossystemer, som virker inn på hans/hennes holdning og respons på omsorgen som organisasjonen skaffer (Dossey, Keegan, Guzzetta, 2000).

Den spirituelle dimensjonen i denne modellen, inkorporerer spiritualitet i en bred sammenheng: verdier, mening og hensikt i livet. Det reflekterer menneskets karakteristiske trekk for å gi omsorg, kjærlighet, ærlighet, klokskap og fantasi. Begrepet ”spirit” indikerer en oversanselighets kvalitet, en styrende kraft, eller noe utenfor selvet og utover den individuelle sykepleier eller klient. Det kan reflektere en tro på en eksistens av en høyere kraft eller en styrende sjel/ånd og gi en følelse av enhet. Det er udefinerbart, likevel er det en vital kraft følt dypt av individet. Menneskets ånd kan gjøre forskjellen mellom liv og død, og også velvære og sykdom (Dossey, Keegan, Guzzetta, 2000).

Naturlig system teori. Naturlig systemteori, opprinnelig utledet fra von Bertalanffy’s (1972) arbeider, skaffer en måte å forstå sammenkoblingen av naturlige strukturer i universet. Teorien er kompleks, men har relevans for helse personell. Naturlige strukturer varierer i størrelse fra subatomiske partikler (quarker) til universet. Hver har spesielle karakteristika

³ Disease: diagnose, upersonlig, vitenskapelig kategori og illnes: noe personlig erfart (Nortvedt 1998).

innen en struktur og styres av lignende organisasjons prinsipper. Derfor vil en forandring i en hvilken som helst partikkel i hierarkiet påvirke alle andre deler. Det skjer kontinuerlig forandringer i alle nivåer samtidig (Dossey, Keegan, Guzzetta, 2000).

Det tradisjonelle biokjemisk medisinske syn på sykdom begynner vanligvis med systemnivået og stopper ved molekylnivået. Naturlig systemteori mener at sykdom kan oppstå i en ubalanse på et hvilket som helst nivå, fra subatomisk til overpersonlig, og kan skyldes at en kraft forstyrrer eller splitter strukturen av det naturlige systemet i seg selv. Målet for helseomsorg er å redusere de ulike forstyrrelsene og stressfaktorer forårsaket av en persons sykdom, som også virker inn på familiens rutine. Når den syke og familien strever med å reversere den sosiale struktur i livet, og oppnå mer harmonisk interaksjon, rammer denne bevegelsen alle komponentene i det naturlige systemhierarkiet (Dossey, Keegan, Guzzetta, 2000).

4.6.2 Er holistisk sykepleie tenkelig for fremtiden?

Selv om sykepleiere trakter etter en form for holisme i praksis (Owen, Holmes, 1993), er holismens fremtid i sykepleie vanskelig å forutsi dersom det ikke begrunnes hvorfor holisme er nødvendig og viktig for sykepleie begrepsgjøring og sykepleiepraksis. Vi må stille spørsmålet hvor betydningsfullt holistiske sykepleieteorier imøtekommer essensielle og viktige spørsmål om sykepleiepraksis (Kim, 1999).

Økt bruk av begrepet i litteraturen antyder neppe utbredelse av et nytt paradigme. Sykepleiernes holistiske streben er stort sett en blomstring av veltalenhet (Owen, Holmes, 1993). Smith (1988) mener holismediskusjonen er en profesjonskamp, for i følge Sarter (1988) å sikre den profesjonelle sykepleiestatus som involverte spørsmålet om autonomi, identitet og sosial rolle. Det skaffer et belegg for akademisk og moralsk anstendighet da noen mener at mekanistisk, systembaserte modeller vedblir grunnlaget for klinisk praksis (Owen, Holmes, 1993). Phillip's (1976) fortviler over at holisme er en særdeles upåvirkelig teori som må bli overvunnet av ulike logiske, empiriske og begrepsmessige midler hvis sykepleie skal fortsette å insistere på å støtte holisme som dets hovedorientering (Kim, 1999). Sykepleiere har mislykkes i å anerkjenne kompleksiteten av begrepet, å skille dets ulike betydninger, oversett deres implikasjoner, ignorert deres filosofiske mottakelighet og har forsømt en ideologisk kritikk (Owen, Holmes, 1993).

Capra (1982) mener vi trenger er en ny virkelighetsvisjon, en fundamental forandring i vår tenkeevne, erkjennelse og verdier. Begynnelsen på denne forandringen fra det mekanistiske til holistisk begrepsoppfatning om virkeligheten, vil sannsynlig dominere hele decenniet. Folk har motstand til nye syn, men etter hvert godtar de dem, gjennom fordreide begrensede og partiske fortolkninger. Dette har skjedd med holismebegrepet i sykepleie. Holistisk syn har gjenopptatt en sentral ideologi i sykepleie etter flere år under teknologisk og kurativ omsorgsfokus. I noen sykepleieutdanninger inngår holisme som filosofisk forklaring og det antas at dette medfører at holisme vil prege og forme praksis (Owen, Holmes, 1993).

4.7 Diskusjon

Det holistiske paradigmet mener at individet består av mange dimensjoner og at sykdom og helse består av en kompleks interaksjon av fysiske, mentale, emosjonelle, spirituelle, miljømessige og samfunnmessige årsaksfaktorer. Sykdom forstås som en forstyrrelse av helheten og ikke bare en isolert årsak eller effekt, mens helse er den sunne funksjoneringen av helheten. Disse dimensjonene og deres forhold med hverandre, kan bli forstått og brukt effektivt i behandling (Williams, 1998).

Holistic Nursing Assosiations definisjon av holistisk sykepleie, ved Dossey, Guzzetta (2000), Frisch (2000), gir rom for at all sykepleie er holistisk. Det er mulig å argumentere for at en hver handling er holistisk. Definisjonen forventer at en skal forstå forbindelsen av kropp, sinn og ånd, men legger ikke noen videre føring for handling og forpliktelser ut i fra denne forståelsen. Det er ingen begrensninger for hva en sykepleier kan mene innen for rammene av å kalle seg holist. Det diskuteres ikke om noen situasjoner er slik at en holistisk overbevisning kan komme i konflikt med et reduksjonistisk syn.

Helsevesenet styres fra et reduksjonistisk syn. Det kan derfor oppstå konflikt mellom den holistiske teorien en sykepleier tilkjenner seg (idealismen), de faktiske muligheter i sykepleierpraksis, og det syn som leder avdelingen og hvilken behandling pasienten ønsker. Eksempel hentet fra egen erfaring i praksis illustrerer dette: En pasient med cerebrale trykksymptomer ble gjentatte ganger innlagt i avdelingen for å justere drenasjen i en ventrikkeshunt i hodet. Etter hvert forhindret arrvevdannelse i hodet flere inngrep og i et siste forsøk ble det lagt inn en eksternt regulerbar magnetshunt. En tilfeldig kommenter fra en

ekstern primærkontakt til pasienten: ”..du kan ikke bare legge deg inn for operasjon hver gang du får vondt i hodet!”, førte til at de psykososiale og miljømessige faktorene rundt pasienten ble vurdert og hverdagen tilrettelagt. Ved å ta hensyn til helheten, psykiske og sosiale faktorer, ble hverdagen lettere å mestre for pasienten og følgene var at innleggelsene opphørte i resten av den tiden jeg var ansatt.

De kirurgiske sykepleierne forsto forbindelsen av kropp, sinn og ånd, var kjent med pasientens belastede erfaringer gjennom livet, og formidlet møte med prest. I et reduksjonistisk sykehus med somatiske og psykiatriske avdelinger, behandles hvert symptom på ulike avdelinger, hodet på en, sjelen på en annen. Den psykiske 'delen' var utenfor avdelingens geskjeft og inngikk ikke som et sykepleieproblem under oppholdet. I en hektisk hverdag på avdelingen var det et reduksjonistisk syn som ledet sykepleien til å være effektiv. Pasienten legges inn, blir operert og videresendt.

Denne erfaringen viste et skille i bruken av begrepet holisme. På den ene siden forstår sykepleierne pasientens helhetlige behov og tilkaller presten som lytter og trøster. Dette ble betraktet som symptomatisk lindring fra et reduksjonistisk ståsted. De involverte yrkesgruppens observasjoner og kunnskap ble ikke samlet og integrert i et enhetlig behandlingsopplegg for pasienten. Informasjonen ga ikke grunnlag til at andre intervensjoner enn kirurgi ble vurdert. På den annen side ble det erfart at etter tilrettelegging av forhold i hverdagen, andre intervensjoner, ble antall innleggelser i sykehuset redusert.

Dette synliggjør at holisme brukt på to ulike måter fører til benyttelse av ulike intervensjoner som utgjør store forskjeller for pasienten og som også kan ha samfunnsøkonomisk betydning. Frish (2000) sier at sykepleieren skal bidra til å gjenskape og fremme helse, forebygge sykdom og at sykepleieintervensjoner skal møte klientens behov (Frish, 2000). I eksempelet over fremgår det at definisjonen på hva som var klientens behov og hvordan en fremmer helse osv, ble tolket forskjellig ut fra de to holistiske synene. I følge kirurgisk sykepleier var behovet å prioritere pre- og post- operativt omsorg, som bestod av smertelindring og tekniske prosedyrer. Tiltak ble rettet til hvert problem (hver del) ettersom det oppstod, og ble fordelt blant ulike yrkesgrupper, men ikke integrert i et felles enhetlig opplegg. På den måten ble ansvaret pulverisert. Ut i fra det andre syn var målet å finne harmoni, tilrettelegge for at

klienten kunne mestre hverdagen selv uten høyspesialisert medisinsk behandling på sykehus. Opplegget var avhengig av en dialog og en felles målsetning fra de involverte yrkesgrupper.

I tillegg til at hva som defineres som et pasientproblem og at bakgrunnen for valg av intervensjon er forskjellig i de to synene, vil en og samme intervensjon også anvendes forskjellig innenfor et holistisk og et reduksjonistisk syn.

Eksempelvis klassifiser Det Nasjonale Senter for Komplementær og Alternativmedisin (NCCAM) akupunktur under kategorien alternative systemer i medisinsk praksis. AHNA plasserer akupunktur som en holistiske sykepleieterapi under ”Doing Therapies” sammen med moderne medisinske metoder og prosedyrer (Dossey, Guzzetta, 2000).

Akupunktur benyttes ut fra en slik definisjon som en metode, ledet fra et reduksjonistisk syn. Bar (1998) poengterer at akupunktur er i en direkte konflikt med den tradisjonelle biomedisinske modell som ikke erkjenner eksistensen av vital energi eller energifelt (Bar, 1998). Selv om sykepleiere erkjenner seg som holist og benytter intervensjoner fra holistiske verdenssyn, så er det oppsiktsvekkende at de lar de seg lede av det reduksjonistiske syn som de setter overordnet. Hva blir da hensikten med å lære seg holistiske sykepleieteorier og ha en selvstendig rolle?

Jordmor ved Bærum sykehus bekreftet at deres bruk av akupunktur på fødende begrenses til å være smertelindrende og beroligende. Det er ikke lov å stimulere akupunkturpunkter som løsner morkaken, eller setter i gang fødsel. Det er imidlertid forskjellig praksis ved ulike sykehus (Hjelkrem, 2001).

Ut i fra TKM/holisme er det umulig å si at effekten av akupunktur kan begrenses til bare å lindre smerte. Smerte er en ubalanse hvilken også kan hindre morkaken fra å løsne eller hemme fødselen å starte. Ved å behandle ubalansen, den underliggende årsak, reduseres smerten, fødselen aktiviseres eller morkaken løsner i samme behandling. En behandler ubalansen (syndromet), ikke symptomet (smerten) i seg selv. Uteblitt effekt kan skyldes at ubalansen ikke er tilstrekkelig identifisert (TKM-teori ikke er fulgt), og punkter velges dermed på feil grunnlag. Spesielle reaksjoner etter behandlingen kan fra et reduksjonistisk

ståsted tolkes som bivirkninger, mens sett fra TKM er det noe en må gjennom for å komme videre. De to syn gir ulike intervensjoner i forhold til reaksjonene.

TKM vektlegger å jobbe helhetlig (psykisk og fysisk) i en intervensjon. Navnet på akupunkturpunktet avspeiler punktets helhetlige funksjon. Deadmans & Al-Khafaji (1998) eksemplifiserer med punktet BL-42 som heter Puhu eller "Door of the Corporeal Soul". Punktet brukes for smerter i skulder og nakke, men påvirker emosjonen sorg "corporal soul" (po) (Deadmans & Al-Khafaji, 1998) og kan på denne måten åpne opp for en undertrykt sorgreaksjon.

Dette gjelder på samme måte for naturmidler. Steinar Aamdal (2000) fra DNK fremhevet på en konferanse at mye av dagens cytostatika faktisk er naturmedisin da den er utvunnet fra planter. Taxol, Taxotal er et kreftdrepende virkestoff som under kontrollerte forhold er fremstilt fra Barlind planten (Steinar Aamdal, 2000). Professor Peter Heusser, Lucas Clinic, på samme konferanse, understreket at antroposofien tilstreber i sin behandling å utnytte plantens vide effekt også de psykiske/åndelige dimensjoner.

Dette illustrerer hvordan de to paradigmene bruker holistiske forankrede terapier ulikt. Innenfor et reduksjonistisk paradigme utnyttes en spesifikk effekt, en trekker ut en essens mot ett område, mens ut i fra et helhetlig syn benyttes teknikken på flere dimensjoner, på et bredere felt. Metoder forankret i holistiske teorier har en holistisk effekt i seg selv.

Når holistisk forankrede intervensjoner styres ut fra et reduksjonistisk ståsted, brukt som metode, står de i fare for å miste noe av sin terapeutiske funksjon og observasjoner av reaksjoner står ukontrollert. Utøveren (sykepleieren) mister både noe av sitt hjelpemiddel (tiltaket får ikke optimal kraft) og hun styrer ikke egne intervensjoner. Selv om hun erkjenner seg som holist, benytter holistiske modeller og teorier, handler hun på betingelser fra det reduksjonistiske syn. Dette gir sykepleierne en utfordring på flere områder. Hun må legalisere sine handlinger både overfor klienten, seg selv og sin overbevisning.

Sykepleieren blir i et spenningsområde mellom et reduksjonistisk og et holistisk paradigme. Det å ha en oppfattelse av verden og hvordan den kan tilnærmes (sykepleieteori), og handle etter et annet syn må skape frustrasjon. Jeg tror det blir stadig viktigere for sykepleiens

identitet å ha en klar formening om hvor en hører hjemme. Teknologisk utvikling gjør det aktuelt med slike debatter. En må vite om intervensjonen en benytter kan forsvares etisk innenfor den sykepleieteori en bekjenner seg til. Newman (1994) understreker at når sykepleiepraksis inkorporerer teknologi fra begge helseparadigmer, er det viktig at vi vet hvordan paradigmene er innbyrdes beslektet. Ulike meninger om helse krever forskjellige typer teknologi. I en institusjon styrt av det medisinske paradigme, vil sykepleie virksomhet primært være medisinsk teknologi (Newman, 1994).

I fremtiden vil sykepleien bli mer forankret i biologisk kunnskap og sykepleierne vil bli superteknologiske og utføre små operasjoner. Legeforeningens leder Hans Petter Aarseth opplyser til Fonn (2001) at i nær framtid er det ingen grenser for hva det teknisk er mulig å gjøre, utfordringen blir å sette grenser. Han uttaler at sykepleierne må bli flinkere til å si fra seg oppgaver nær pasienten som de egentlig ikke har lyst til å ha. Disse oppgavene går mer i retning av omsorg enn sykepleie, og de krever ikke høyskoleutdanning (Fonn, 2001). Dersom ikke sykepleieteoriene får mer markert betydning, kan Aarseth få rett i sine uttalelser.

Superteknologiske sykepleiere vil nok møte etiske utfordringer, derfor blir det i større grad viktig for sykepleieren å ha et fundament som kan veilede og forsvare handlingene. De tekniske mulighetene utvikles innenfor andre fagfelt enn sykepleie, og sykepleierne ledes dermed fra et annet paradigme. Er det forenelighet?

Et eksempel på at sykepleierne ikke har tatt standpunkt til hvordan de skal forholde seg, men bare assisterer oppgavene ettersom de kommer er innen transplantasjonskirurgi. Til tross for at mange sykepleiere jobber med donortransplantasjon, kunne ikke Rogers teori eller dens skolerte, Todaro-Franceschi, (vedlegg 6), si noe om hvordan teorien forholder seg til donorstransplantasjoner, men at dette helt sikkert kunne begrepsmessig argumenteres for. Rogers sykepleieteori er ikke oppdatert i forhold til den medisinske utviklingen på dette området, og donorsykepleierne må legaliserer sitt arbeid gjennom andre teorier. Imidlertid har TKM og troen på at hvert organ har sin energi som bidrar til helheten, så sterk forankring i Kina at de i følge Ikels (1997) mangler donornyrrer. Til tross for sterkt internasjonalt press har ikke myndighetene endret holdningene (Ikels, 1997). (Jf. organ holisme).

Eksisterende sykepleieteorier må oppdateres i takt med teknologiske nyvinninger for å kunne lede sykepleierne gjennom vanskelige spørsmål. Ellers er det lett å fraskrive seg ansvar.

Historien viser at sykepleierne har stått i vanskelige situasjoner tidligere. Det er lett å være etterpåkløkt, men en kan lære av tidligere erfaringer.

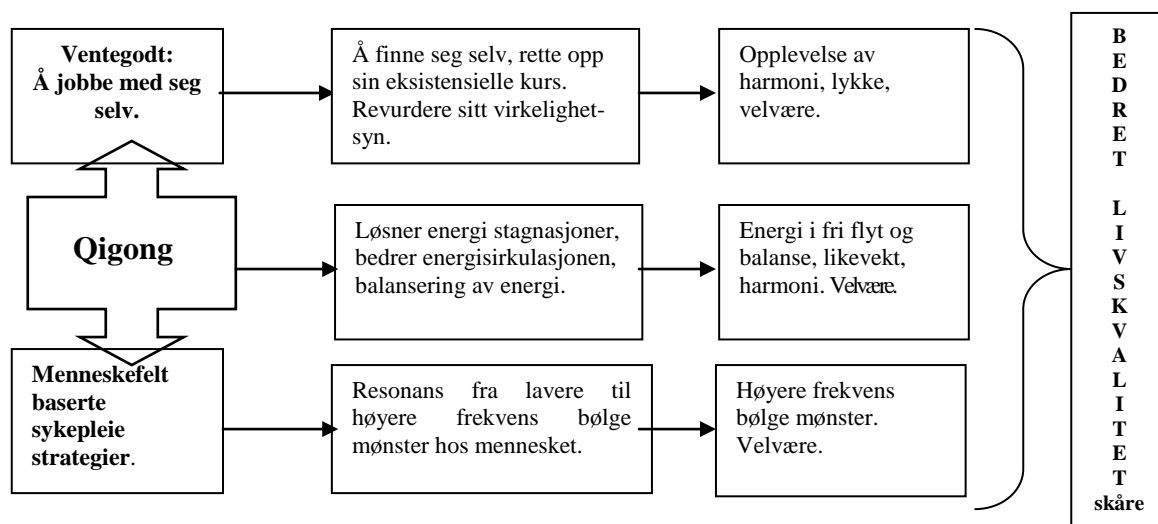
Sykepleiere under Eutanasiprogrammet i nazi-Tyskland hjalp til med å ta livet av psykiatriske pasienter, og hadde noen ganger enansvaret for dette. Sykepleieren skulle lytte til pasienten, være tålmodig, ha selvkontroll og bruk av tvang skulle være siste utvei. Med disse idealene sammen med et konkret psykiatrisk innhold og henvisning til en offentlig debatt om "livsuverdig liv" legaliserte de at medvirkning til drap var faglig forsvarlig (Wifstad, 2001). Sykepleieren rapporterte "fakta" om pasienten til legen, ikke personlige vurderinger. Det ble strengt skilt mellom det profesjonelle og det personlige. Sykepleierne hadde taushetsplikt, ville gjøre jobben faglig korrekt og disse faktorene sammen bidro til at sykepleierne kom i en slags psykologisk felle. Å trekke opp en giftsprøyte kunne betraktes som en moralsk nøytral handling, da det var legen som satte den. Sykepleierne skjøv ansvaret over på legen, selv når de utførte handlinger selv. Gjennom denne ansvarsfraskrivelsen depersonaliserte de seg selv og pasientene (Wifstad, 2001). Gjør vi det samme i dag når vi forankrer sykepleien i et verdenssyn (holistisk sykepleie), men lar intervensjonene styres fra et reduksjonistisk syn?

Skal sykepleieteorier ha noen verdi bør de veilede sykepleiere i handlinger. Teoriene bør være oppdatert i forhold til teknologiske muligheter slik at de etisk kan forsvare sykepleieintervensjoner. Ved å tydeliggjøre begrepet holisme kan dets konsekvenser for praksis og intervensjoner synliggjøres. Kanskje er det nødvendig å markere et slags skille mellom "holister" og superteknologiske sykepleiere? På den måten kan sykepleieren fordype seg i den teorien som vil være nødvendig for det arbeidet hun skal utføre, og på den måten vil noe av frustrasjonen mellom teori og praksis reduseres. Sykepleieren må, i forhold til et slik skille, ta en bevisst avgjørelse om hvor og hvordan hun ønsker å jobbe.

Holistisk tenkning kan være av interesse for å vurdere bruken av og å spare ressurser i helsevesenet. Hva som defineres som sykdom, årsakene til dette og hvordan dette kan behandles har konsekvenser for hvordan vi bruker midler. Sykepleierne som har slik kunnskap burde utnyttet denne i større grad. Hva skal sykepleierne med høyskoleutdanning når vi fungerer som assistenter? Jf. Aarseths utspill.

5 VALG AV DESIGN OG METODE

Figur 7 Forklaringsmodell for design




Figuren er laget av Birkeflet (2002).

5.1 Design

Hensikten med studien var å måle effekten av qigongtrening på informanters livskvalitet. For å få denne kunnskapen frem ble det planlagt å gjøre en kvasi-eksperimentell pilotstudie som bruker et pretest-posttest design med måling av livskvalitet på en og samme gruppe før start og etter avsluttet intervensjon, figur 8 (Lund, 1996).

Figur 8 Studiens forskningsdesign, prosjektforløpet

Pretest Uke 1	Intervensjons intervall over 10 uker										Posttest Uke 10	Effekt (effekt, avhengig variabel)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Livskvalitets måling, pre-test måling a.	 Intervensjon: Qigongtrening (uavhengig variabel)										Livskvalitet måling, post-test måling b.	Måling a sammenlignes med måling b. $a - b = c$

Bruk av kontrollgruppe ble utelukket av økonomiske begrensninger, siden studien ikke fikk økonomisk støtte fra de søkte fonds. Det ble derfor sendt ut forespørsler til flere bedrifter om de kunne sponse sine ansatte i qigong-trening, hvor deltakerne besvarte et spørreskjema om livskvalitet før og etter trening. En bedrift ga skriftlig positiv tilbakemelding, men begrenset deltagelsen oppad til 30 personer.

Til en kontrollert undersøkelse med forsøks og kontrollgruppe, vil dette instrumentet kreve minst 20 personer i hver gruppe, og det bør helst være 100 respondenter i alt (Ventegodt, 1995). Derfor ble gruppen på 30 for liten til å dele i to, og det ble besluttet å bruke et pretest-posttest design med en gruppe.

5.2 Metode

5.2.1 Spørreskjema til selvvurdering av livskvalitet

Livskvalitet ble målt med ”Spørreskjema til selvvurdering af livskvalitet” (vedlegg 7), utarbeidet gjennom livskvalitets-forskningsprosjektet ”Livskvalitet og sykdomsårsaker”, påbegynt i 1990 ved Rigshospitalet i København (Ventegodt, 1995 b).

Begrunnelse for å velge et spørreskjema fremfor intervju var at bedriftsledelsen forutsatte at treningen ikke kunne foregå i arbeidstiden av økonomiske hensyn, og deltakerne ønsket heller ikke å bruke mye fritid på prosjektdeltakelse. Tiden til trening måtte derfor brukes effektivt, og ekstra tid til diskusjoner og samtaler ville bli vanskelig å følge opp. Et annet hensyn var at personlige opplevelser under treningen kunne være vanskelig å dele med arbeidskollegaer i en gruppe. Instruktøren tilbakemeldte at deltakerne ga uttrykk for at det var vanskelig å dele opplevelser under treningen med gruppen.

I stede ble det funnet støtte for valg av en kvantitativ tilnærming for å undersøke fenomener med forankring i holistiske teorier. Guzzetta (2000) argumenterer for at ulike kvasi eksperimentelle tilnærmelser kan anvendes i holistisk sykepleieforskning (Guzzetta, 2000). Phillips (1976) mener analytiske eller mekanistiske metoder kan brukes i studien av heler (Kim, 1999). Barrett (1990) syns kvantitative metoder gir presise måter å måle mønstre via talldata. Hun viser til Dzurec og Abraham (1986) hvor anerkjent korrelasjon, multivariat kvantitativ strategi, som undersøker forholdet mellom to sett av avhengige variabler har vært brukt i forskning på holistiske fenomener. Et kvasiekperimentelt design kan anvendes for å

teste effekten av et enhetsmenneskefelt, og ble brukt av Meehans (1988) for å teste effekten av terapeutisk berøring på postoperativ smerte (Barrett, 1990).

Instrumentet ble dessuten valgt fordi det har et bredt, globalt, livskvalitetsmål som ser på menneskets totale livssituasjon. Livskvalitetsmålene er generiske, ikke sykdomsspesifikke, de er anvendelige på prinsipielt alle mennesker uansett alder, kjønn og sykdomsstatus. Instrumentet kan brukes som effektmål ved kontrollerte kliniske undersøkelser, til sammenligninger mellom ulike pasientgrupper og til sammenligninger av forskjellige behandlinger hos den samme pasient (Ventegodt, 1995).

Instrumentet registrerer respondentens vurdering av egen subjektiv, objektiv, eksistensiell og behovsrelatert livskvalitet, samt egen helsetilstand og hvordan en er i stand til å utføre daglige gjøremål. Spørreskjemaet fanger opp den aktuelle vurdering (hvordan det er nå for tiden) for å kunne måle endringer i livskvalitet ved gjentagne undersøkelser av samme respondent, og sammenligne målingene med endringer i livet. Instrumentet kan derfor brukes for å evaluere en intervensjon til en pasient (Ventegodt, 1995).

Prosedyre for oversettelse av instrumentet til norsk. Instrumentet er ikke benyttet i Norge tidligere og ble oversatt fra dansk til norsk av prosjektleder. Dansk norsk ordbok, Schjøtt (1926) ble anvendt. Oversettelsen er kontrollert av veileder som er dansk, samt lest gjennom av to andre personer og konferert med Forskningscenteret for Livskvalitet, som har gitt tillatelse (vedlegg 8) til å bruke instrumentet i denne studien. Oversettelsen ble sendt til Forskningscenteret for Livskvalitet som overførte den til det elektroniske instrumentet.

5.2.2 Instrumentets oppbygging.

Spørreskjemaet (vedlegg 7) består av 300 spørsmål over 8 sider og består av to deler, som måler to ting. Del 1, de fire første sider inneholder spørsmål som måler 6 ulike livsområder (spørsmålsseriene: sosiale opplysninger; livsstil, sykdom, seksualitet, selvoppfattelse, livsoppfattelse og verdier). Del 2, de fire siste sider, måler dimensjoner av livskvalitet som samles i en total vurdering, et vektet gjennomsnitt av de subjektive, eksistensielle og objektive dimensjoner. Hensikten med denne oppdelingen er å kunne se hvordan faktorer fra livsområdene henger sammen med den målte livskvaliteten og det kan undersøkes for sammenhenger (Ventegodt, 1995). Tabell 14 gir en oversikt over den Integrative teori med 8

delteorier om livskvalitet, og de tre paradigme disse er organisert under. I parentesen bak hvert av de 8 livskvalitetsmål vises spørsmålsnummeret de referer til i måleinstrumentet.

Tabell 14

Den integrative teori med 8 delteorier fordelt i tre paradigmer

Tre paradigmer	1. Den subjektive livskvalitet Hvor godt synes man selv man har det. Vurdert ut fra egen opplevelse. Sine egne følelser og forestillinger.	2. Den eksistensielle livskvalitet Hvor godt ens liv er for en dypere betraktning. Om en lever i overensstemmelse med en dypere natur. Biologiske behov eller å leve i overensstemmelse med bestemte av den sjelelige natur fastsatte åndelige eller religiøse idealer.	3. Den objektive livskvalitet Hvor godt ens tilværelse er sett utenfra med andres øyne, preget av kultur, sosial status.
8 livskvalitets mål	1.) Ha det godt (210) 2.) Livstilfredshet (211) 3.) Lykke (212)	4.) Behov oppfyllelse (303-307) 5.) Familie, Arbeid, Fritid (296-298) 6.) Tilfredshet med forhold (214-221) 7.) Livsutfoldelse (261-294)	8.) Objektive faktorer: sosiale opplysninger, sykdoms plager (71-85), familie forhold (225-259).

Tabellen er laget av Birkeflet (2002) (Ventegodt, 1995 b).

Måleinstrumentets validitet og reliabilitet

Instrumentet er utarbeidet på bakgrunn av flere større livskvalitetsstudier på 10.000 dansker. Først er det gjort kvalitativt arbeide med livskvalitetsbegrepet, og kvalitative undersøkelser med løst strukturerte samtaler og intervjuer med forsøkspersoner, og formulering av den integrativeteori. Måleinstrumentet er gjort tilgjengelig for vitenskapelige undersøkelser etter å ha operasjonalisert livsfilosofiteorien og utviklet spørsmål til vurdering av folks livskvalitet (Ventegodt, 1995). Livsfilosofien, den integrativeteori om livskvalitet er presentert i eget kapittel i denne oppgaven.

Instrumentet ble i 1993 sendt ut både til et representativt utsnittet av Danmarks befolkning mellom 18 og 88 år. 2460/2500 personer ble tilfeldig utvalgt fra Det Centrale Personregister (CPR-registert) til et sammenligningsgrunnlag, (befolkningsundersøkelse) (Ventegodt, 1995). Den andre gruppen var 7222 personer (kohorten) hvis mødre tidligere hadde deltatt i en prospektiv pediatrik kohort av personer født på RH i København i 1959-61. Det ble undersøkt for 200 helserelevante faktorer ved fødselen og etter første leveår (Ventegodt, 1995, 1995 b). Hensikten var å se om livskvalitetsmålene kunne vise hvordan fødselsrelaterte begivenheter hadde betydning for livskvalitet senere i livet (Ventegodt, 1995).

Spørreskjemaet er revidert etter en rekke pilotundersøkelser på bl.a. helsepersonell og andre mottakergrupper. Bare tilstrekkelig valide livskvalitetsmål er tatt med. Instrumentet er teoribasert og konstruksjonsvalid. Det er stilt kontrollspørsmål til respondenten for eksternt

validering av måleprosessen om hvor godt spørsmålene uttrykker respondentens livskvalitet (Ventegodt, 1995).

Test-retest reliabilitet

Reliabilitet, reproduserbarhet, - om instrumentet ved gjentatte bruk på samme personer gir det samme resultat. Instrumentet er undersøkt for hvor høy reproduserbarhet dets målinger gir, ved at to test-retest-grupper besvarte hele spørreskjemaet to ganger. Den ene gruppen (33-åringer fra CPR-registeret) ble test-retest-verdiene vist etter en periode på 3 måneder. Den andre gruppen (tilfeldige personer plukket etter telefonkatalogen), ble test-retest-verdiene vist etter 1 måned. Begge undersøkelser viste god reproduserbarhet for samtlige måleinstrumenter, og de krav som stilles til reproduserbarhet ble oppfylt (Ventegodt, 1995). Se tabell 15

Ved kort periode (14 dager) blir det høyere korrelasjon mellom test og retest, respondentene kan huske hvilke svar de avga sist og gjenta dem (Ventegodt, 1995).

Tabell 15

Validitetsstatus over måleinstrumenter, reliabilitetstester

Reproduserbarhet	Ha'-det-godthet, LK 1		Livstilfredshet, LK 2	Lykke, LK 3		Selvvurdert LK	
Test-retest, 1 mnd							
Korrelasjon, r	0,6		0,65	0,72		0,58	
Signifikansnivå, p<	0,0001		0,0001	0,0001		0,0001	
Antall observasjoner, N =	116		116	116			
Test-retest, 3 mnd							
Korrelasjon, r	0,61		0,66	0,67		0,61	
Signifikansnivå, p<	0,0001		0,0001	0,0001		0,0001	
Antall observasjoner, N =	39		39	39		39	
Reproduserbarhet	Behovsoppfyllelse, LK 4		Fam., arb., fritid, LK 5	Tilfr. m/forhold, LK 6		Livsuft. LK 7	Integrativ teori LK 1-8
	Maslow	Aggernæs		5 domener	Inkl. arbeid		
Test-retest, 1 mnd							
Korrelasjon, r	0,73	0,74	0,65	0,72	0,68	0,67	0,89
Signifikansnivå, p<	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Antall observasjoner, N =	102	107	106	102	90	114	117
Test-retest, 3 mnd							
Korrelasjon, r	0,83	0,80	0,60	0,74	0,79	0,71	0,80
Signifikansnivå, p<	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Antall observasjoner, N =	35	36	39	38	37	39	39

(Ventegodt, 1995 tabell 9.1, side 132).

5.3 Gjennomføring av prosjektet

5.3.1 Kontakt med forskningsfeltet

Forespørsel om sponning av prosjektet ble sendt til personalavdelingen i bedriften. Personalavdelingen sørget for å skaffe til veie alle nødvendige tillatelser og oppnevnte en ansvarlig kontaktperson. Bedriften var stor og det var vanskelig å nå deltakerne samlet. Kontorene er spredt over store arealer, noen av de ansatte ville stadig være på eksterne oppdrag og det var ofte i møter i bedriften. Kommunikasjon med deltakerne er derfor enklest over bedriftens Intranett. Dette førte til at det var praktisk nødvendig å engasjere to kontaktpersoner i bedriften som kunne utføre nødvendige tiltak for at prosjektet kunne gjennomføres.

Den ansvarshavende personen formidlet informasjon opp og ned i bedriften, skaffet til veie nødvendige tillatelser internt, tilrettela for at treningen kunne foregå, bevilget treningsrom, samt godkjente og la ut kursinformasjon (Vedlegg 9) og informert samtykke (Vedlegg 10) over bedriftens Intranett. Det ble opprettet informasjonsside om instruktøren, telefonnummer og e-post adresse til prosjektleder og en kontaktperson i bedriften. **Kontaktpersonen** kommuniserte mellom ansvarshavende person i bedriften, deltakerne i prosjektet og prosjektleder, sørget for at treningsrommet var tilrettelagt til hver trening, at instruktøren ble lukket inn, og informerte deltakerne til en hver tid. Vedkommende mottok påmelding via intern e-post, førte påmeldingsliste, ga muntlig informasjon om prosjektet, samlet inn undertegnet informert samtykke, førte oppmøtestatistikk, delte ut og samlet inn elektroniske spørreskjema på diskett første og etter siste kursdag.

5.3.2 Rekruttering av respondenter

Deltagere til prosjektet ble rekruttert over bedriftens Intranett. De melte seg på til qigong trening via e-post til kontaktpersonen.

Utvalgskriterier

Inklusjonskriterier: åpnet for begge kjønn med alder fra og med 18 år. Det var ingen under 18 år som jobbet i bedriften. Eksklusjonskriterier: var om de ikke behersket norsk/engelsk for å følge undervisningen og svare på spørreskjemaet. I invitasjonen ble det spesifisert at undervisningen foregikk på norsk/engelsk. Deltagerne skulle ikke ha noen kjent alvorlig

sykdom og ikke være gravide. Dette ble det ikke kontrollert for, men instruktøren opplyste deltagerne om dette. Invitasjonen om deltakelse var sendt ut til 340 stykker.

5.3.3 Innsamling av data

Det ble benyttet elektroniske spørreskjemaer som deltakerne besvarte på egen PC og lagret i personlige diskett. Kontaktpersonen i bedriften opplyste at tre av respondentene var opprinnelig engelskspråklige. En engelsk papirversjon av instrumentet, utarbeidet ved Forskningscenteret for Livskvalitet, ble delt ut sammen med de elektroniske spørreskjemaene, for å kunne benyttes som "ordbok" dersom noen av de norske ordene skulle være uklare for de som ikke hadde norsk morsmål. De tre personene dette gjaldt svarte ikke på posttesten og falt ut av prosjektet, og den engelske versjonen får dermed ikke innflytelse på resultatet.

Kontaktpersonen distribuerte instrumentet på diskett til deltakerne før kursstart, samlet inn besvarelsene ved oppmøte til første trening og registrere innleveringen. Etter siste trening fikk deltakerne tilbake "sin" diskett og besvarte posttesten. Kontaktpersonen samlet inn diskettene med både pre- og posttest, samt registrerte at alle hadde levert. Diskettene ble under hele prosjektet oppbevart i en låst skuff i bedriften hos kontaktpersonen og dataene slettes når hovedoppgaven er bestått.

Hver deltaker ble tildelt et nummer som utgjorde identitet på registreringsskjemaer og disketter. Disketter, registreringsskjemaer og fremmøtelister ble oppbevart i bedriften, utilgjengelige for andre enn kontaktpersonen. Prosjektleder hadde kun tilgang til fremmøte liste som inneholder nummer og ingen navn, samt de anonyme rådataene. Navnelisten ble oppbevart separat, og var kun tilgjengelig for kontaktpersonen i bedriften.

Data oppbevares i kryptert form på datamaskin/diskett og det benyttes passord for å aksessere dataene. Det er ikke modemtilknytning til omverdenen. Dataene ble sendt elektronisk i kryptert form til Forskningscenteret for Livskvalitet i Danmark, som er de eneste som kjenner koden for krypteringen. De har utviklet et eget program, QOL Analysis, som kan behandle dataene. Forskningscenteret beholder livskvalitet dataene i anonym form. Prosjektleder har innsyn i de anonyme data og oppbevarer disse til hovedfagsoppgaven er bestått. I den danske undersøkelsen var utvalget mellom 18 og 88 år. De fleste brukte mellom ½ og 1 time å besvare spørreskjemaet på 300 spørsmål, de fleste fant det ikke belastende og flertallet mente at det ikke var uetiske spørsmål (Ventegodt, 1995).

5.4 Ethiske overveielser

Prosjektet ble kontinuerlig vurderes opp mot Helsinkideklarasjonen og Lov om personvern. Prosjektet ble godkjent av regional forskningsetisk komité (Vedlegg 11). Respondentene ga skriftlig informert samtykke til deltagelse i prosjektet (Vedlegg 10). De kunne trekke seg fra prosjektet når som helst uten begrunnelse. Spørreskjemaene var anonyme og ubehagelige spørsmål kunne utelates. Respondentene hadde tilgang til prosjektleder, kontaktperson i bedriften og instruktør i prosjekt perioden. En ga tilbakemelding på at denne kontakten med veiledning fungerte bra. Treningen var tilrettelagt for nybegynnere.

5.5 Intervensjon: qigong

Qigonginstruktøren har praktisert qigong siden 1978, og har dette som næringsgeskjeft. Hun har internasjonal skoloring (vedlegg 12) og veiledes av kinesiske qigongmestere.

Undervisningen og øvelsene foregikk i bedriftens kantine. Noen av deltagerne kom rett fra kontoret og hadde på seg vanlige klær. Andre hadde på joggedress. Alle var informert om å ha på seg klær som var løse og ledige, som ikke strammet noe sted. Utvalget/gruppefeltet ble instruert i samlet gruppe 1 ½ time en kveld i uken, etter arbeidstid, fra klokken 17:00 til 18:30. i 10 uker, hvilket er et vanlig opplegg for et kurs her i vesten. Flere studier har benyttet omtrent samme intervensjons tid. Hused, Pham, Hekking, Niederman (1999) brukte 1 times Tai Chi Chuan trening 2 ganger i uka over 8 uker (Hused, Pham, Hekking, Niederman, 1999). I tillegg til samlet gruppeundervisning ble deltagerne i qigong prosjektet anbefalt å trene daglig på det de lærte på kurset. Dette ble det ikke kontrollert for. Det ble ikke delt ut skriftlig materiale om de øvelsene som ble brukt på kurset, men det var mulig å ta notater under undervisningen.

Qigongtrening stimulerer energi og blodsirkulasjonen, forebygger energistagnasjon som følge av eksponering for usunne stimuli (Yayama, 1999). Deltagerne lærer hvordan de kan bevege sin egen qi i kroppen for å lindre en lidelse, eller bygge opp og styrke hvor en svakhet senere kan føre til sykdom. En bruker ytre kroppslige teknikker som hjelpstøtte for å få tilgang til mer subtil energi. Qigong er indre kinetiske og energetiske teknikker for å bevege qi fra områder med overskudd til områder med underskudd (Grossinger, 1995). Jf. å få energien til å sirkulere gjennom de 5-elementer.

Qigong er øvelser som læres bort fra mester til elev, og det kan være personlige variasjoner i utøvelsen. Hver bevegelse i en øvelsesrekke har et navn og det er definert hvordan bevegelsene skal utføres. Kroppens stilling i forhold til enhver koordinert bevegelse av armer og ben, vinkelen på leddene i ekstremitetene, føttenes posisjon, hvor mye tyngde det skal være på hvert ben, og hvordan respirasjonen skal utføres under bevegelsene er definert. Øvelser som ble benyttet i denne pilotstudien var hovedsakelig dynamiske. Treningsopplegget var rettet til nybegynnere og grunnøvelser for å kjenne på energien i kroppen ble vektlagt fremfor pusteøvelser som innføres på videregående kurser. Øvelsene er beskrevet i vedlegg (vedlegg 13), samt beskrevet og illustrert i Guorui (1990) og Reid (2000).

6 RESULTAT

Forskningsspørsmål:

Kan 10 ukers nybegynner kurs i qigong bedre livskvaliteten hos en gruppe bedriftsansatte?

H_{alt} : 10 ukers nybegynner kurs i qigong bedrer livskvaliteten hos en gruppe bedriftsansatte.

Livskvalitetsmålet er høyere i målingene etter intervensjon. H_{alt} : $\mu_1 < \mu_2$. μ_1 er populasjonsgjennomsnittet før intervensjon, μ_2 er populasjonsgjennomsnittet etter intervensjon.

Hypotesen som skal testes:

H_0 : Det er ikke forskjell i livskvalitet før og etter intervensjon. H_0 : $\mu_1 = \mu_2$.

Hypotesetesting

Til tross for eksisterende argumenter for å bruke en en-halet test; hypotesen angir en retning, og det kan sannsynligvis ikke forventes negative resultater, anbefalte statistiker likevel å bruke en to-halet test for å fastsette det kritiske området for å forkaste nullhypotesen. Polit (1996) beskriver at tohalet tester brukes i de fleste situasjoner og at dette reduserer risikoen for å begå en type I feil (Polit, 1996). Type I feil, hvor en uriktig forkaster en sann H_0 , kontrolleres gjennom signifikansnivå. Signifikansnivået er sannsynlighetsnivået en etablerer som den aksepterte risiko for å begå en type I feil. Det mest aksepterte standard for signifikansnivå er .05 nivå (Polit, 1996). Signifikans nivået ble her satt i samarbeid med statistiker til .05.

Konfidensintervall

For å se forskjellen mellom to populasjons intervall og for å avgjøre den sannsynlige rekkevidde av verdier innenfor hvilke gjennomsnittet for en enkel populasjon forventes å ligge, brukes konfidensintervall (Polit, 1996).

Ved estimering av parametere for testing av hypoteser benyttes sannsynlighetsfordeling, normalfordeling for å lage konfidensintervaller (Polit, 1996). Et konfidensintervall er et intervall av verdier, hvor verdiene på grensen til intervallet er konfidens grenser, og populasjons gjennomsnittet ligger mellom to verdier. Dette uttrykkes som en sannsynlighet at intervallet inneholder populasjons parameteren. Ved 95% konfidens nivå, som er mest brukt,

er det 95% sikkert at populasjonsgjennomsnittet ligger mellom sikkerhetsgrensene, og risiko for å ta feil er 5% (Polit, 1996). Ved lavere risiko for å ta feil, ved større (99 %) konfidensintervall tapes nøyaktighet fordi konfidensintervallet er større, det er mindre presist (Polit, 1996). Konfidensintervall ble satt til 95%.

Histogram over frekvensfordelingene viste at utvalget var tilnærmet normalfordelt for hvert av de åtte livskvalitetsmålene, og for den samlede verdi (vedlegg 14). I samråd med statistiker ble det på dette grunnlag besluttet å benytte **Paired Samples T-test** for å beregne konfidensintervall, og en **ikke-parametrisk t-test med 2 related samples**. Polit (1996) foretrekker ikke-parametrisk test dersom utvalget er lite (mindre enn 30 tilfeller) (Polit, 1996).

Forskjellen mellom gjennomsnittsverdiene for målingene før og etter intervensjon ble sammenlignet. Populasjonen var de samme enhetene i begge grupper, (de to utvalgene var ikke uavhengige). Derfor ble det, etter statistiker og Polits (1996) anbefalinger, benyttet en **avhengige gruppers t-test**, (også kjent som dependent groups t-test, paired t-test eller correlated groups t-test) for å avgjøre om forskjellen i gjennomsnittsverdiene var statistisk signifikant, eller et rimelig resultat av utvalgsfeil. Dersom tabellverdien for t er større enn beregnet t-verdi besluttes å akseptere nullhypotesen (Polit, 1996).

6.1 Analyseprosedyre

Statistiker fra Forskningscenteret for livskvalitet i København skulle bearbeide og analysere dataene. Beregningene skulle gjøres med statistisk analyseprogram (SAS®). De hadde lagt til rette for at deltagerne kunne benytte et elektronisk spørreskjema i et eget designet program. Den norske versjonen av det elektroniske instrumentet ble så vidt ferdig til kurs start, som ikke kunne utsettes for å unngå ferieavvikling i prosjektperioden og kræsje med andre avtaler i bedriften. Det ble derfor ikke tid til pretesting av instrumentet.

Det viste seg å være en feil i det elektroniske spørreskjemaet som førte til at dataene ble fullstendig utilgjengelige. Verken Forskningscenteret eller andre datakyndige klarte å få tilgang på dataene. Etter lang tid, stor fortvilelse og nesten oppgitt håp, klarte kontaktpersonen i bedriften å løse problemet og dataene ble tilgjengelige. Imidlertid hadde det gått så lang tid at senteret i Danmark ikke lenger hadde anledning til å være behjelpelige med data analysen.

Det ble via veileder opprettet kontakt med en statistiker ved UiO som kunne bidra med statistisk veiledning.

Livskvalitet dataene fra det elektroniske livskvalitetsinstrumentet ble først sjekket for missing values og deretter overført til Microsoft Excell-regneark og vektet etter Ventegodts (1995) beskrivelser (Ventegodt, 1995). Først ble den totale livskvalitetsskåre for hver person undersøkt ved å beregne de åtte mål for livskvalitet. Deretter ble gjennomsnittet for hele gruppen beregnet. Gjennomsnittsverdier og vektete verdier for hver person ble overført elektronisk til SPSS® versjon 10.07, for å teste hypotesen.

Respondentene

Respondentene var friske kvinnelige og mannlige bedriftsansatte som frivillig meldte seg til å delta i qigong prosjektet gjennom en intern annonse. Det var flest menn, og alder varierte fra 24 til 60 år. De hadde gjennomsnittlig høy utdanning, bedriver kontor arbeid og benytter IT-redskaper. Det er folk fra hele Norge og flere nasjonaliteter som behersker norsk og engelsk. Gruppefeltet kan representere tilsvarende arbeidstakere som er positive til utradisjonelle treningsformer.

Totalt 41 (12.06 %) av 340 bedriftsansatte, derav 20 kvinner og 21 menn, meldte seg som deltakere til qigongtreningen. 29 av disse fullførte kurset (besvarte både pre- og posttesten), hvor den yngste var en kvinne på 24 år, de eldste var en kvinne og fem menn mellom 49 til 60 år. Flest deltagere var mellom 37 og 48 år, gjennomsnittsalderen var 41,4 år.

Tabell 16 viser en oversikt over antall påmeldte, antallet som falt fra (besvarte ikke posttesten), antallet som fullførte og fordelingen av disse på kjønn og gjennomsnittsalder.

Tabell 16

Deltakernes gjennomsnittsalder fordelt på kjønn

	Kvinner	Menn	Totalt
Antall påmeldte	20	21	41
Antall pre-test besvarelser	17	21	38
Gjennomsnittsalder for de som besvarte pretesten	35,4 år	41,5 år	38,7 år
Drop out, de som ikke besvarte posttesten	11	1	12
Gjennomsnittsalder for drop out	30,8 år	25 år	30,1 år
Fullført kurs, antall som besvarte pre- og posttesten	9 (31,0 %)	20 (69,0 %)	29
Gjennomsnittsalder for pre- og posttest besvarende	39,4 år	42,3 år	41,4 år

Høyest gjennomsnittsalder hadde de som gjennomførte pre- og posttest besvarelsene, og mennene var gjennomsnittelig eldre enn kvinnene i denne gruppen. De yngste befant seg blant de som ikke besvarte posttesten (drop out).

Årsaken til lav respons på treningstilbudet er det ikke undersøkt for. Det ble ikke spurt om tilbakemelding på invitasjonen til å delta - om dette var av interesse eller ikke, eller om invitasjonen var lest. Deltakerne ble heller ikke spurt om grunnet til at de ønsket å prøve qigong. Qigong er ennå ukjent for de fleste her i landet og det kan være lettere å velge en treningsform en kjenner. Treningstiden kunne vært upassende, eller at de allerede var geskjeftige med annen trening, eller ikke ønsket å delta i en undersøkelse og å besvare et instrument. I tillegg var det mye møter og reising i bedriften. Dette avspeilet seg hos deltagerne i studien som hadde en del fravær fra treningen grunnet arbeidsforholdene.

Generell oppmøte statistikk i tabell 17 gir en oversikt over hvor mange som har møtt hver gang og fordelingen av drop out, - de som ikke har besvart instrumentet to ganger. 29 personer fulgte opp og besvarte spørreskjemaet to ganger, og det er disse 29 som inngår i analysen.

Tabell 17

Generell oppmøtestatistikk

Antall personer som meldte seg på til qigong trening.	Antallet som ikke besvarte instrumentet to ganger og derfor falt ut av prosjektet.	Resterende er deltakere i prosjektet.	Antallet ganger disse møtte opp på trening.
3 stykker	3 Meldte seg på, men møtte ikke opp.	0	Deltok 0 ganger
5 stykker	3 ubesvarte post målinger, (pm)	2 stykker	Deltok 1 ganger
4 stykker	1 ubesvart pm	3 stykker	Deltok 2 ganger
6 stykker	4 ubesvart pm	2 stykker	Deltok 3 ganger
1 stykker		1 stykk	Deltok 4 ganger
4 stykker		4 stykker	Deltok 5 ganger
7 stykker	1 ubesvart pm, ønsket ikke å besvare spørsmålene.	6 stykker	Deltok 6 ganger
4 stykker		4 stykker	Deltok 7 ganger
4 stykker		4 stykker	Deltok 8 ganger
1 stykker		1 stykker	Deltok 9 ganger
2 stykker		2 stykker	Deltok 10 ganger
Totalt 41 stykker	12 drop out	29 stykker deltok i prosjektet	

Av drop out (de som ikke besvarte posttesten) var det 1 mann og 11 kvinner, totalt 12 stykker. Den ene mannen ble kalt hjem til hjemlandet sitt og måtte avbryte deltagelsen ufrivillig og rakk ikke svare på posttesten. Av de 11 kvinnene var det 3 stykker som melte seg på, men

trakk seg før start, og derfor besvarte de heller ikke pretesten. Kvinnene oppga at prioritering av familie og jobb forhindret dem fra å delta.

38 stykker besvarte pretesten og av disse ønsket 9 stykker ikke å besvare testen to ganger. Av de som ikke besvarte posttest spørsmålene (frafall) var over halvparten (55 %) kvinner. Kvinner som ikke fullførte kurset oppga at de hadde mye å gjøre og prioritere jobb, reiser og møtevirksomhet. Kanskje kvinnene er mer pliktoppfyllende, eller må jobbe hardere for å oppnå gunstige posisjoner i firmaet? Av disse var 55,6 % enslige, resten 44,4 % var gift, men ingen hadde barn. Derfor er ikke prioritering av omsorg for barn en grunn til at kvinnene falt fra. De var mellom 24 og 36 år, gjennomsnittsalder var 30,1 år, og i gjennomsnitt 10 år yngre enn de som gjennomførte kurset. Det er mulig de er i en alder hvor de prioriterer karriereoppbygging.

Dersom det hadde vært benyttet intervju i tillegg til instrumentet kunne overnevnte spørsmål blitt stilt. Imidlertid var det noen av de som falt fra som informerte kontaktpersonen om at årsakene til frafall var: Nye arbeidsoppgaver forhindret dem fra å fullføre kurset, hvilket kan støtte antagelsen om at de prioriterer karriereoppbyggelse. En syntes ikke qigong var noe, en fikk mer vondt i et dårlig ben, og en ble verre i en vond nakke.

Smerter

Det var kun disse to deltagerne som informerte om at de fikk vondt av treningen. Det er ikke rapportert bi-effekter i de artiklene om tai chi/qigong, som er referert til i denne studien. Samtidig er det ikke uvanlig å bli støl etter trening, derfor ble det ikke gitt skriftlig informasjon om at smerter kunne bli verre under treningen. I undervisningen ble det presisert betydningen av å utføre øvelsene riktig. Prosjektleder og instruktør stilte seg tilgjengelige for deltakerne gjennom hele kursperioden, hvilket ble skriftlig og muntlig informert om.

Vedrørende smerter i ben og nakke etter qigongtrening beskriver Zhang og Sun (1985) avvik under qigong praksis og mener at dette er nødvendig, og det viser på en måte de effektive reaksjonene på qigong øvelser. Et avvik betyr en slags ubehagelighet eller til og med en sykelig reaksjon. Vanlige fenomen som oppstår under qigong øvelser er å føle seg stor, liten, lett, tung, kald, varm, kløe og nummenhet. Sensasjonene viser vital energiens ulike tilstander, enten i bevegelse eller er at den er blokkert. Nybegynnere kan oppleve ubalanse fordi de har

feil holdning eller fordi de ikke slapper godt nok av under øvelsene. Hodepine, svimmelhet, nakkesmerte og stivhet, skulder og rygg smerter er vanlig hos nybegynnere. Smerter i bena kan skyldes at knærne enten er for lite eller for mye bøyd under øvelsene (Zhang og Sun, 1985). Under qigong trening aktiveres et energisenter, dantien, under navlen for å sirkulere denne energien rundt i energikanalene, meridianene, i kroppen. Energien er med på å fjerne opphopninger av avfallsprodukter, binqi, i kanalene som kan føles som stivhet, smerte eller kulde (Lindstrøm, 2002). Rogers (1970) teori underbygger disse forklaringene. Energita, blokkering av energiflyt, eller akkumulering av energi i deler av kroppen kan føre til feltforstyrrelser i menneskefeltet og gi smerte (Butcher og Parker, 1987; Carboni, 1995).

Det kan være av betydning å merke seg slike avvikende sensasjoner etter qigong. Da kropp og sjel er del av den samme energien, kan avvikende sensasjoner også gi mentale symptomer. Høinæs (1997) beskriver en kvinne som fikk ”uheldig” virkning av meditasjon som førte til angst og søvnproblemer. Hun holdt på å havne på psykiatrisk avdeling, men fikk uventet hjelp ved en yoga og meditasjonsskole. De forklare årsakssammenhengen til hennes opplevelse ut i fra hvilke energier som var aktivisert (”kundalinireisning”), og hjalp henne å bli kvitt ubehagene (Høinæs, 1997). Sarter (1988 b) omtaler kundalinienergien i forhold til Rogers teori og knytter slike opplevelser til høyere frekvensbølgeomønstre, som kan erfares innenfor en altomfattende virkelighet (Sarter, 1988 b). Innen qigong oppnåes på lignende måte en opplyst Shen gjennom vibrering av energier på høyere frekvens.

Dette illustrerer at de to paradigmene, det medisinske/reduksjonistiske og det helhetlige, har to ulike oppfatninger og tilnærminger til de samme symptomene, som medfører vidt forskjellige konsekvenser for pasienten, og økonomisk for samfunnet. Fra et reduksjonistisk syn betraktes ”kundalinireisning” som symptomer på en psykiatrisk lidelse utløst av meditasjon hvor behandlingen er bl.a. psykofarmaka og innleggelse i psykiatriske sykehus. Fra et helhetlig syn er mennesket energi, og en intervensjon vil påvirke hele mennesket også deres psykiske og spirituelle energier. Symptomer som oppstår defineres som en ubalanse/prosess som kan korrigeres med tilpassede teknikker.

Sykepleiere som benytter intervensjoner forankret i et holistisk syn er som helsepersonell ledet av et reduksjonistisk syns lover. Sykepleieren står derfor med ett ben i begge paradigmene, hvilket kan føre til vanskelige dilemmaer. Dersom det oppstår symptomer etter en intervensjon, skal da sykepleieren benytte den helhetlige sykepleieteori og hjelpe pasienten

gjennom denne ubalansen/krisen, eller assistere legen i administrering av psykofarmika?

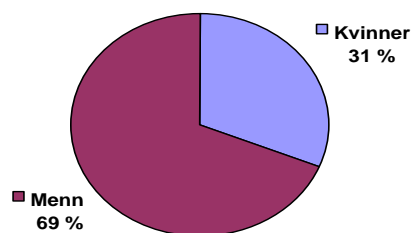
Det er derfor et viktig poeng at de som benytter holistisk forankrede metoder kan registrere og forstå hvilken prosess/energi som aktiviseres, og at de kan følge opp og reversere en eventuell ubalanse. Dette viser tilbake på hvor viktig det er å ha kjennskap til den teorien som ligger til grunn for det faget en utøver. Det vil virke inn på hvordan en tolker og definerer sensasjoner som oppstår underveis i prosessen og hvordan en forholder seg til dem. Dette vil legge føringer for hvilke kvalifikasjoner det er nødvendig for instruktører/terapeuter å ha, og hvordan behandlingen skal styres. Hvordan og hvem skal en ta hånd om eventuelle reaksjoner innenfor de ulike områder? Zhang og Sun (1985) understreker at det er nødvendig for qigongpraktiserende å ha noe kunnskap om qigongprinsippene og forstå hvordan avvikene kan unngås. De bør kjenne til metoder for å forebygge, avhjelpe og kontrollere avvik i qigong praksis (Zhang og Sun, 1985). Det holder ikke med ren medisinsk kunnskap, det er nødvendig med innsikt og forståelse for den teori en forholder seg til.

Demografiske data på respondentene (N = 29)

Intervensjonsgruppen bestod av 9 (31,0 %) kvinner og 20 (69,0 %) menn. Det er første gangen qigonginstruktøren opplevde å ha flere menn enn kvinner på sine kurs, se figur 9.

Figur 9 Deltakere fordelt på kjønn

Fordeling av kvinner og menn



I intervensjonsgruppen var 8 (27,6 %) enslig, 5 (17,2 %) samboere, 14 (48,3 %) gift, 1 var skilt og 1 var enke(mann). 12 (41,4 %) hadde biologiske barn, 2 hadde adoptert, 4 var ufrivillig barnløse og 12 (41,4 %) hadde ikke barn. Prosentvis var flere av mennene gift/sambo i forhold til kvinnene i gruppen, se tabell 18.

Tabell 18

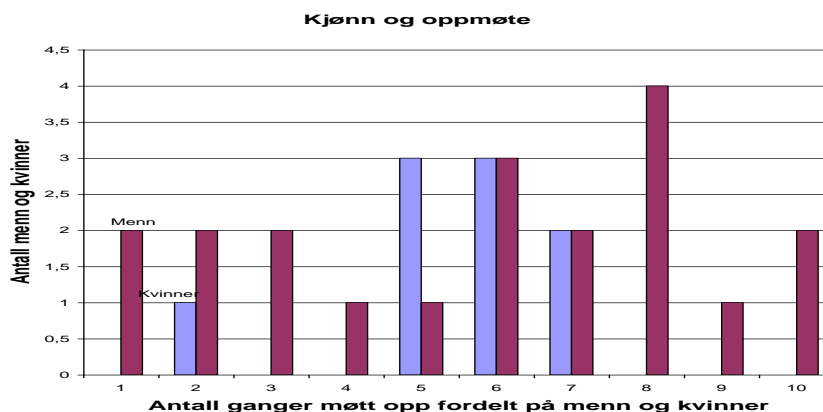
Ekteskapelig status fordelt på kjønn

	kvinner	menn	Totalt
Gift/ sambo	5 (55.6 %)	15 (75 %)	20
enslig	4 (44.4 %)	5 (25 %)	9
Totalt	9	20	N = 29

Oppmøte

Halvparten av deltakerne, 51,2 %, deltok 5 eller flere ganger. Av de som deltok inntil fire ganger var det 11 kvinner og 8 menn. 9 kvinner og 13 menn deltok mellom fem og ti ganger. Kvinnene møtte mellom 2 til 7 ganger. Det var bare menn som deltok 8 til 10 ganger, kun to gjennomførte kurset helt ut, dvs. de kom alle de 10 gangene undervisningen foregikk. Tabell 19 viser hvor ofte kvinner og menn møtte opp. Gjennomsnittelig oppmøtefrekvens var 5.70 for menn og 5.44 for kvinner.

Tabell 19

Kjønn fordelt på oppmøte

Det er ikke undersøkt for hvor mye deltakerne har trent på egenhånd. Dette kunne ha vært fulgt opp i et eget registrerings ark. De som har møtt mindre enn 5 ganger kan ha praktisert mye på egenhånd, slik at en testing på om det er signifikant forskjell i livskvalitet skåre på de som har møtt flere ganger vil ikke gi informasjon. I følge instruktøren var imidlertid de som gikk hele kurset veldig ivrige og gjorde størst fremgang.

100 % oppmøte for de 29 deltakerne ville utgjort 435 timers samlet treningstid. Ut i fra oppmøte registreringen er den samlede treningstiden 244,5 timer, hvilket utgjør 56,20 %. Til

tross for at gruppen samlet bare har benyttet litt over halvparten av treningstiden, har de oppnådd bedre livskvalitet. Dersom de ikke har trent mye på egenhånd er dette er interessant i forhold til at det anbefales å utøve daglig trening for å oppnå synlige resultater.

I Kina trenes det i parker hver morgen (Andersen, 1999). For å opprettholde målet for qigongtreningen, å bevege energien, oppnå harmoni og balanse, må en praktisere gjennom hele livet (Katchmar, 1993). Qigongøvelser med kurerende og forebyggende effekt på helsen, er de samme. Helbredelse av sykdom krever imidlertid mer tid til trening, og det anbefales daglig intensiv selvtrening i kombinasjon med qigong healingsterapi under en kvalifisert qigong-mester. For milde sykdommer anbefales 3 til 4 timers daglig trening inntil en er kurert. Ved alvorlige sykdommer som cancer, praktiserer ofte pasienter i Kina 8 til 12 timer daglig og øvelsene tilpasses den enkelte (Reid, 2000). Målinger som viser endringer i serumverdier etter qigongtrening er gjort etter flere måneders trening (Reid, 2000; Scaniar, 1996, 1991). Dersom senere studier bekrefter at livskvaliteten bedres allerede etter kort tids qigongtrening vil dette kunne være en motivasjonsfaktor for de som ønsker å praktisere øvelsene for å gjenvinne helse.

Bruk av alternativ medisin

Tabell 20 viser at over halvparten av kursdeltakerne (62 %) oppgir at de har prøvd eller bruker alternativ medisin. Dette kan sammenlignes med Aarbakke (NOU 1998:21) utvalgets målinger. Tabell 17 viser gruppen som bruker og de som har brukt alternativ medisin sammenlignet med ikke-brukere. 3 stykker innrømmer først etter qigongtrening å ha benyttet alternativ medisin tidligere. De har endret svar fra aldri til at de har brukt det før.

Tabell 20

Brukere av alternativ medisin

Alternativ medisin	Brukere + tidligere brukere	Ikke brukere	N
Før intervensjon	15 (51,72 %)	14 (48,28 %)	29
Etter intervensjon	18 (62,07 %)	11 (37,93 %)	29

Røyking

I pretesten oppgir 5 (17,2 %) at de røyker daglig og 2 (6,9 %) røyker av og til, 22 (75,9 %) har enten sluttet å røyke for mer enn et år siden eller aldri røykt. Posttesten viser at en har sluttet å røyke daglig og røyker etter qigongtrening bare av og til. Til sammenligning med de som

bare svarte på pretesten, (drop out gruppen på 12 stykker), og som ikke inngår i analysen, var det bare en av 12 som røykte daglig, resten hadde sluttet eller aldri røkt.

6.2 Presentasjon av dataanalyse og funn

Presentasjonsform

Funnene presenteres etter de 8 livskvalitetsmålene og kommenteres fortløpende. Det er kun beregnet statistiske tester for totalsummen for livskvalitetsmålene. Det ville bli for omfattende å ta hvert enkelt av de 300 delspørsmålene i instrumentet. Imidlertid kommenteres noen endringer for enkelte spørsmål, uten at forskjellen (før/etter) signifikantestet. Endringer i symptomer kan gi ideer til senere studier.

Hypotese

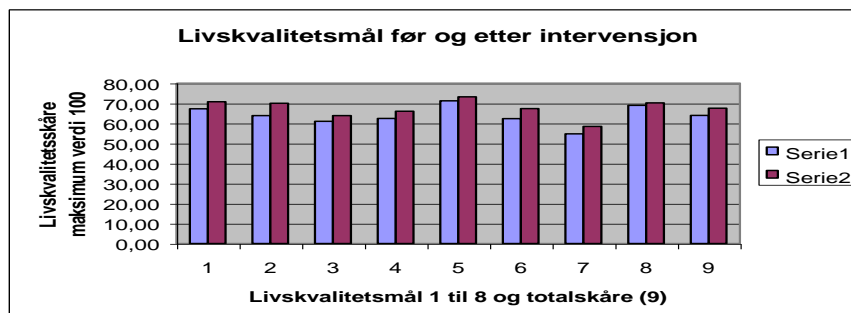
Hypotesen det ble undersøkt for: H_0 : Det er ikke forskjell i livskvalitet før og etter intervensjon, $H_0: \mu_1 = \mu_2$. H_{alt} : 10 ukers nybegynnerkurs i qigong bedrer livskvaliteten hos en gruppe bedriftsansatte i høyere livskvalitetsmål etter intervensjon: $H_{alt}: \mu_1 < \mu_2$.

6.3 Presentasjon av statistiske funn for differansen mellom hvert av livskvalitetsmålene før og etter intervensjon

Tabell 21 viser skårene før og etter intervensjon på hvert av livskvalitetsmålene fra livskvalitetsmål 1 til 8. Mål nr. 9 er pre og post målene for den totale livskvalitets-skåren.

Tabell 21

Resultater



Tabell 22 gir en oversikt over de åtte livskvalitetsdomenene, hvilket paradigme de hører under og hvilke skårer som er oppnådd. Tabellen viser differanse mellom pre og posttest, effekten, for hvert av de 8 livskvalitetsmålene og for den samlede livskvalitetsverdien, samt 95 % konfidensintervall og p-verdien. Det er utført en Paired Samples t-test for å beregne konfidensintervall og en ikke-parametrisk t-test med 2 related samples, signifikans nivå .05. Fet skrift markerer signifikante verdier. Statistikken vises i tabell 23.

Tabell 22

Statistiske funn for livskvalitetsmålene

Livskvalitetsmål nr.:	Differanse mellom Pretest og posttest målene viser økning i livskvalitet oppgitt i prosent. N = 29.	95% konfidens intervall	P-verdi, sig. 2-tailed
Den subjektive livskvalitet			
Hvor godt synes man selv man har det. Vurdert ut fra egen opplevelse. Sine egne følelser og forestillinger.			
1 Ha det godt	3.4	- 2.7, 9.6	.258
2 Livstilfredshet	6.2	.4, 11.99	.036
3 Lykke	2.7	-2.1, 7.6	.255
Den eksistensielle livskvalitet			
Hvor godt ens liv er for en dypere betraktning. Om en lever i overensstemmelse med en dypere natur. Biologiske behov eller å leve i overensstemmelse med bestemte av den sjelelige natur fastsatte åndelige eller religiøse idealer.			
4 Behovsoppfyllelse	3.6	-1.9, 9.1	.186
5 Familie, arbeid, fritid	2.1	-1.3, 5.4	.213
6 Tilfredshet med forhold	5.1	2.3, 7.7	.001
7 Livsutfoldelse	3.7	2.1, 5.4	.000
Den objektive Livskvalitet	Hvor godt ens tilværelse er sett utenfra med andres øyne, preget av kultur, sosial status.		
8 Objektive faktorer	1.3	-.5, 3.0	.150
Samlet livskvalitet	3.5	.91, 6.1	.01

For det samlede livskvalitetsmål falt utvalgsgjennomsnittet utenfor den kritiske grensen, i forkastningsområdet, og H_0 : Det er ikke forskjell i livskvalitet før og etter intervensjon, $H_0: \mu_1 = \mu_2$, forkastes. Den alternative hypotesen H_{alt} : 10 ukers nybegynner kurs i qigong bedrer livskvaliteten hos en gruppe bedriftsansatte, $H_{alt}: \mu_1 < \mu_2$, aksepteres. Deltakerne i qigong gruppen hadde statistisk signifikant ($p = .01$) bedre livskvalitet etter intervensjons perioden. For den samlede livskvalitet skåre er: 95% CI = $.91 \leq \mu \leq 6.1$. Det er 95% sannsynlig at populasjons livskvalitetsgjennomsnittet er større enn .91, men mindre enn 6.1.

Tabell 23

Paired Sample t-test og Paired Samples Test

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std.Deviation	Std.Error Mean
Pair LK Før	63,9359	29	8,52426	1,58291
1 LK Etter	67,4531	29	9,52957	1,76960

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 LK før – LK Etter	- 3,5172	6,84679	1,27142	-6,1216	-,9129	- 2,766	28	,010

Det ble funnet økning i livskvalitet for samtlige av de åtte målene i denne studien, men bedringen ble bare funnet statistisk signifikant for nr. 2. livstilfredshet, nr. 6. tilfreds med forhold og nr. 7. livsutfoldelse (respektivt $p = .036$, $.001$ og $.000$). og samlet livskvalitet hadde signifikant ($p = .01$) økning i livskvalitet.

6.3.1 Sammenligning med de danske funnene

Den danske undersøkelsen bygger på et tilfeldig utvalg av dansker. Det var kvinner og menn mellom 18 og 88 år (Ventegodt, 1995). Qigong studien hadde ikke randomisert utvalg, hvilket derfor er mindre representativt i forhold til befolkningen. Qigong utvalget mangler respondenter i aldersgruppen 18 til og med 23 år og fra 61 til 88 år for å sammenligne seg med den danske studien. Qigong studien undersøker for kvinner og menn med gjennomsnittsalder 41,4 år, de hadde utdanning, var akademikere og jobbet innen telekommunikasjon, og hadde interesse av å delta på qigongkurs. Den danske studien inneholder et større spekter av befolkningen, flere yrkesgrupper, arbeidsløse, pensjonister og studenter. Tabell 24 viser en oversikt over de danske tallene og resultatene fra denne studien. + markerer der de danske verdiene er større enn resultatene for posttesten i denne studien. Denne studiens postmålinger for den samlede verdien, skåret 0,3 poeng mer enn den danske.

Tabell 24

Sammenligning med de danske funnene

Livskvalitetsmål nr.:	Danske gjennomsnittsverdier (18-88 år begge kjønn fra CRP-undersøkelsen) Sammenligningsgrunnlag N = 10.000	Resultater i gjennomsnitt for denne kvasi eksperimentelle studien	
		Før	Etter
1	72,0 +	67,2	70,7
2	69,5 -	63,8	70,0
3	65,5 +	61,0	63,8
4	69,3 +	62,4	66,0
5	76,0 +	71,2	73,2
6	69,3 +	62,3	67,3
7	45,0 -	54,7	58,4
8	69,2 -	68,9	70,2
Samlet	67,1 -	63,9	67,5

Tabellen er laget av Birkeflet (2002).

De danske tallene er gjennomsnittsverdier og oppgies i Ventegodt (1995) side 199 tabell D.1, som referanse verdier som en gruppe personers livskvalitet kan brukes å sammenlignes med (Ventegodt, 1995). Måleskalaen for livskvalitet går fra et minimum av livskvalitet på 0 til et maksimum på 100 % (Ventegodt, 1995 b).

6.4 Diskusjon av de tre paradigmene med de 8 livskvalitetsmålene

Først presenteres resultatene for hvert av paradigmene. Videre følger en samlet kommentar for de 8 livskvalitetsmålene. Deretter diskuteres funnene samlet opp mot Rogers teori.

6.4.1 Det subjektive paradigmet

Livskvalitetsmål nr. 1, Ha'-det-godt. Det undersøkes for hvordan har man det, hvordan ting fungerer i den objektive verden, med de ytre livsforhold. Livskvalitet betraktet som resultat av en umiddelbar samlet vurdering av tilværelsen, ens egen livskvalitet. Det er det mest overfladiske mål og svar alternativene spenner fra ”meget godt” til ”meget dårlig”. Målet bygger på Aggernæs (1989) (Ventegodt, 1995).

Flere oppga å ha det meget godt (10,34 %) og færre har det verken eller (6,90 %), mens en oppgir å ha det dårligere. Flere var tilfreds (10,34 %), mer lykkelige (6,90 %) og flere hadde bedre livskvalitet (10,34 %). Bedring i ens egen umiddelbare vurdering av tilværelsen, ens egen livskvalitet, var ikke tilstrekkelig til å være signifikant. P-verdien var .258 ($\geq .05$) og et vidt konfidensintervall gir større usikkerhet til estimatet. For denne gruppen viste både pre og post målingene lavere skåre i forhold til de danske målingene.

Livskvalitetsmål 2, livstilfredshet, Tilfredshet med livet. Dette målet handler om livstilfredshet. ”Hvor tilfreds er du med livet ditt for tiden?” viste statistisk signifikant økning i gjennomsnittelig mål fra før til etter intervensjon, $p = .036$, 95 %, CI = .4, 11.99. Etter intervensjon opplever gruppen i større grad at livet er som det skal være. Verden oppfører seg i overensstemmelse med de forventninger, krav og ønsker en har til tilværelsen. Ventegodt (1995) mener at en slik overensstemmelse kan skapes ved å tilpasse omverdenen til ens drømmer som oppfylles, eller en kan oppgi sine drømmer og tilpasse seg verden som den er. I det ene oppfylles drømmer, mens det andre leves i resignasjon og gradvis tilpassing. Derfor er det mulig å være tilfreds med livet, men ikke være lykkelig (Ventegodt, 1995). Denne

målingen fanget ikke opp hvorvidt denne gruppen har tilpasset omverdenen til sine drømmer, eller oppgitt sine drømmer. Etter intervensjon oppnådde gruppen bedre skåre sammenlignet med den danske målingen.

Livskvalitetsmål 3, lykke. Dette målet fanger opp lykke. ”Hvor lykkelig er du for tiden?” Lykke er en verdifull tilstand som er attraktiv, men vanskelig å oppnå (Ventegodt, 1995). 6.89 % flere oppga i postmålingene at de opplevde å være meget lykkelige, mens det var færre som svarte at de var lykkelige, verken lykkelig eller ulykkelige. Postmålingen viste en reduksjon med 3,45 % i å føle seg ulykkelig. Endringene var ikke tilstrekkelig til å oppnå statistisk signifikant forskjell da p-verdien var .255 og et konfidensintervall på -2.1, 7.6. De danske målingene skårer bedre på lykke.

6.4.2 Det eksistensielle paradigmet

Livskvalitetsmål 4, behovsoppfyllelse. ”Hvor godt oppfylles dine behov for tiden?” handler om å oppfylle behov, behov for å virkeliggjøre seg selv og å realisere ens biologiske informasjon. Behovsoppfyllelse er overfladisk og kulturbundet. Livskvalitetsmåleinstrumentet for behovsoppfyllelse avledes av to behovsteoretikere, Maslow (1962) og Aggernæs (1989) (Ventegodt, 1995, s- 92).

Etter intervensjon var det flere som oppga at de fikk tilfredstilt sine elementære biologiske behov godt (9,24 % flere), fikk tilfredstilt sine sosiale behov godt (10,34 %). For behovet for å gjøre nytte økte andelen som besvarte meget godt med 17,25 %. På spørsmålet om de får oppfylt behovet for et spennende og variert liv er det økning i verken eller med (13,79 %). Behovet for å virkeliggjøre seg selv er det økning i meget godt (7,51 %) og godt (8,00 %). En hadde ikke dette behovet i postmålingene. Bedringene i behovsoppfyllelse skårene oppnådde allikevel ikke signifikante verdier med en $p = .186$, $CI = -1.9, 9.1$ og skårene (både før og etter) var lavere enn den danske.

Livskvalitetsmål 5, Opplevelse av objektive forhold: familie, arbeid, fritid (”trivsel”). Mål 5: ser på tilværelsens tidsmessige inndeling, tid brukt på familie, arbeid og fritid. Livskvaliteten uttrykkes ved et gjennomsnitt av de tre domenene (Ventegodt, 1995).

Etter intervensjon var det 3,45 % færre som oppga å være meget tilfreds med hvordan en har

det hjemme. Instrumentet fanger ikke opp årsaken til dette. Imidlertid var det 13,79 % flere som i postmålingene opplevde å være tilfreds, 10,34 % færre opplevde at de var verken/ eller tilfreds. Ingen skåret på de lavere alternativene.

Når det gjaldt arbeidssituasjonen var det 3,45 % flere som i postmålingene oppga å være meget godt tilfreds, 10,34 % færre svarte verken/eller tilfreds, mens 6,90 % oppgir å ha blitt utilfreds. Instrumentet fanger ikke opp årsaken til at noen opplever å være mindre tilfreds med arbeidssituasjonen. Om fritidssituasjonen oppgives det i postmålingene at 3,45 % flere opplever den meget tilfredsstillende, 10,34 % flere opplever den tilfreds, det er en reduksjon med 13,79 % på verken/eller. Ingen opplever verken i pre eller postmålingene at fritiden oppleves utilfreds eller meget utilfreds.

Den samlede skåre for disse tre domene: familie, arbeid, fritid oppnådde ikke signifikant endring i livskvalitet etter intervensjon. p-verdien = .213. CI = -1.3, 5.4. For livskvalitetsmål 5 hadde målingene før og etter intervensjon lavere verdier enn den danske.

Livskvalitetsmål 6, opplevelse av objektive forhold: tilfredshet med forhold.

Livskvalitetsmål 6: Tilfredshet med forhold ser på inndeling av tilværelsen i forskjellige relasjoner til selv og omverdenen. 5 domener, eller slike forhold en kan stå i er definert. Forholdet: til seg selv (helse og økonomi), til partneren, til foreldre og barn, til venner og bekjente, og til omverdenen (samfunn og natur) (Ventegodt, 1995).

Etter intervensjon oppgir 13,79 % flere at deres helse er god, 13,79 % færre opplever at den er dårlig. Det er positivt at i utgangspunktet en frisk gruppe mennesker opplever at deres helse er blitt bedre. Dette er interessant i forhold til hva man kan oppnå med denne intervensjonen for pasientgrupper med ulike plager. Økonomien opplever 10,34 % flere som meget god og 6,90 % færre opplever den dårlig. Det var 15,38 % reduksjon i de som opplevde sin parsituasjon som dårlig, mens 12,68 % flere krysset av for meget tilfreds og tilfreds. 6,90 % flere opplevde foreldersituasjonen som tilfredsstillende, og samme prosentandel var redusert i de som opplevde den som utilfreds. 12,11 % flere var meget fornøyd med barnesituasjonen, mens det var en reduksjon med 21,23 % av de som oppga den som verken/eller og utilfreds.

Det var 6,53 % færre som var meget fornøyd med sine venner, 26,72 % flere ble tilfreds med venner, mens 3,69 % opplevde å være utilfreds med sine venner. 10,34 % var meget godt tilfreds med sine bekjente og det var reduksjon med 13,79 % på de som svarte verken/eller. 3,45 % flere var tilfreds med samfunnet, mens 6,90 % flere var utilfreds. 13,79 % flere oppga å være meget tilfreds med naturen, like mange som det var reduksjon i besvarelsen verken/eller, og 6,90 % flere opplever den meget utilfreds. Instrumentet fanger ikke opp hvorfor en opplever naturen bedre eller dårligere. Livskvalitetsmål 6 viste en sterk signifikant bedring i livskvalitet fra pre til postmålingene, $p = .001$, $CI = 2.3, 7.7$

Livskvalitetsmål 7, livsutfoldelse, ”Hvor godt virkeliggjør du dine dypeste drømmer for tiden?” handler om livsutfoldelse og å virkeliggjøre dype livsdrømmer. Dypt i mennesket finnes informasjon om kjærlighet, seksualitet, vennskap og meningsfulle relasjoner i verden. Et potensial som kan realiseres gjennom virkeliggjørelse av de dype livsdrømmer. Mennesket skal realisere sine potensialer til vekst, kreative aktiviteter, gode sosiale relasjoner, meningsfull beskjeftigelse, sette barn til verden, og generelt leve livet ut i sin helhet (Ventegodt, 1995). Innenfor livsutfoldelsesteorien forsåes livskvalitet som et resultat av utfoldelsen av menneskets biologiske potensialer. Menneskets sosiale verden oppfattes som et hierarki av 5 domener for livsutfoldelse: selv, parforhold, foreldre og barn, venner og bekjente, omverdenen (natur og samfunn) (Ventegodt, 1995).

Bedringer i livsutfoldelse var sterkt statistisk signifikant med en p-verdi på .000 og et konfidensintervall mellom 2.1 og 5.4 Skåringene både før og etter var høyere enn for den danske målingen.

Livskvalitetsmål 8, objektive faktorer, handler om de objektive faktorer av livskvaliteten, det som angår de ytre forhold som lett lar seg konstantere. Det omfatter (kulturens normer) inntekt, ekteskapsstatus, helsetilstand, antall daglige kontakter med andre mennesker, antall barn. De er kultur avhengige og uttrykk for vår tilpasning til kulturen og verden omkring oss (Ventegodt, 1995).

Inntekten og ekteskapsstatus har ikke forandret seg for gruppen i de 10 intervensjons ukene. Det fremkommer imidlertid ikke hvorvidt noen har kommet i en gjeldssituasjon eller opplevet økonomisk tap. Ventegodt (1995 b) fant at personlig økonomi (årsinntekt) ikke henger

sammen med selvvardert lykke eller livstilfredshet eller andre subjektive eksistensielle mål. Forbruksgoder har kun liten sammenheng med livskvaliteten. Imidlertid har hvordan en selv vurderer sine økonomiske forhold stor sammenheng med livskvaliteten (rik og økonomiske bekymringer) (Ventegodt, 1995b). Det er ikke å forvente at dette målet skal endre seg noe vesentlig for denne gruppen, og forskjellen var ikke signifikant, $p = .150$. CI = -.5, 3.0. I postmålingene er skåren høyere enn hva de danske målingene hadde.

6.5 Samlet kommentar for de 8 livskvalitetsmålene

Nr 1. ha det godt og 8. objektive faktorer er de mest overfladiske målene, og handler om tilpasning til vår kultur. Disse oppnådde ikke statistisk signifikant forskjell.

Nr. 2 livstilfredshet og 7. Livsutfoldelse handler om litt dypere forhold. Overensstemmelse mellom hva jeg vil ha av livet og hva livet gir meg. Begge disse målene hadde signifikant bedring.

Nr. 3. lykke og **6. tilfredshet med forhold** er om vår dypere eksistens og natur som menneske. Bare nr. 6 viste signifikant forskjell.

Nr. 4. Behovsoppfyllelse og 5. Familie, arbeid, fritid handler om dybden i mennesket. Mellom nr. 4 og 5 er et abstrakt sentrum hvor det subjektive og det objektive, den dypeste subjektive livskvalitet og den objektive tilstand i organismen, som vi kjenner den fra sunnhet og sykdom. Der dypest inne i mennesket hvor selve meningen med livet skapes eller dypere hinsides alle ord og tanker, vinnes den eksistensielle kjerne. Bedringen i livskvalitetskåre var ikke tilstrekkelig til å oppnå statistisk signifikant for disse målingene.

Det ble målt bedring for den samlede livskvalitetskåren samt for livstilfredshet, tilfredshet med forhold og livsutfoldelse. For de mest overfladiske og de aller dypeste målene var ikke forbedringen i livskvalitet tilstrekkelig til å være signifikant.

6.6 Resultatene på de åtte livskvalitetsteoriene i lys av Rogers teori

Instrumentet fanger opp plager, sykdommer, følelser og hvordan man har det, hvilket Rogers (1970) definerer som feltmanifestasjoner/feltmønster eller feltfunksjoner med energi på ulike frekvenser. Negative emosjoner som frykt har lavere frekvens og mindre energi, mens positive emosjoner som hengivenhet, glede, lykkelighet og kjærlighet har høyere frekvenser (Fawcett, 1995; Rogers, 1970; Watson, 1999; Wright, 1991).

I denne studien ble det for intervensjonsgruppen samlet funnet bedring for alle livskvalitetsmålene. Dette betyr at det er mer styrke og helhet på, samt høyere frekvenser i menneske- og gruppefeltet etter intervensjon. Signifikant bedring ble det for livstilfredshet, tilfredshet med forhold, livsutfoldelse og for det samlede livskvalitetsmål. Målene for ha det godt, lykke, behovsoppfyllelse, familie/arbeid/fritid og objektive faktorer var ikke bedringen tilstrekkelig til å oppnå signifikans. Heller ikke for de mest overfladiske målene om tilpasning til vår kultur var bedringen tilstrekkelig til å være statistisk signifikant.

Gruppefeltet/deltakerne i denne studien rapporterte om bedring i rygg, nakke og skulder smerter. De vurderte sin fysiske og psykiske helse (reduksjon i søvnplager, angst, depresjon) som bedre etter intervensjon. 2 av 3 som oppga å ha høyt blodtrykk fikk dette normalisert. Det ble rapportert bedring for en rekke plager som bl.a. berører mage/tarm, hud og luftveier. Qigong bidro til å transformere energifeltet fra grovere, lavfrekvente mønster til finere mønster med høyere frekvens. Qigong ga som ønsket høyere frekvenser i gruppeenergifeltet, målt som velvære og bedret livskvalitet. Det er interessant for sykepleiere dersom qigong eller tilsvarende enkle øvelser kan ha effekt på ulike plager og benyttes som sykepleieintervensjon. Intervensjonen er billig og kan brukes til mange samtidig. Dersom bruk av medisiner kan reduseres er dette både kostnadsbesparende samtidig som eventuelle bivirkninger kan unngås.

Instrumentet kan brukes til å vurdere livskvaliteten til et menneske (Ventegodt, 1995), men det gir allikevel et begrenset bilde av menneskefeltets historie. Instrumentet fanger ikke opp begivenheter langs livsaksen og hvordan dette påvirker om mennesket kan oppnå sitt maksimale helsepotensial. Det fanger heller ikke opp hvordan det åpne menneskefeltet har blitt påvirket av andre felt. Hele tiden vil det være endringer i livsprosessen, det skjer ting i

livet; erfaringer, opplevelser og hendelser. Instrumentet fanger ikke opp disse erfaringene, når de har skjedd, hvordan de har påvirket mennesket og hvor det står i sin utvikling.

Rogers (1970) og TKM (Kaptchuk, 1987; Maciocia, 1989) representerer et helhetlig menneskesyn. Det kan bli vanskelig å fange opp denne helheten i et instrument som deler opp og måler livskvaliteten slik som Ventegodt (1995) gjør. Han har imidlertid beskrevet slike vansker. Teorien om livsmening lot seg ikke analyseres statistisk og teorien om biologisk orden lot seg ikke operasjoniseres tilfredsstillende, slik at begge teoriene ble forkastet og midlertidig erstattet. Flere ting rundt helheten kunne vært fanget opp gjennom å følge opp med et intervju i tillegg til livskvalitetsinstrumentet.

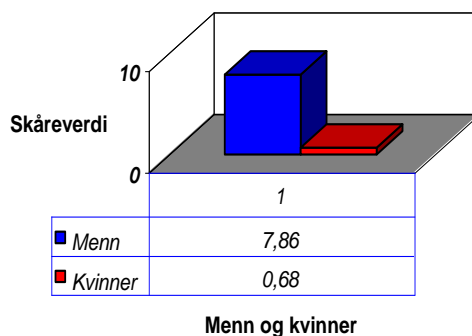
6.7 Andre funn, og kommentarer til noen av de enkelte spørsmålene

Forskjell i livskvalitet for kjønn

Figur 10 viser at menn hadde 7.18 % større differanse i livskvalitetsskåre (7.86 %) enn kvinnene (0.68 %). Histogramoversikt viste at kurvene for kvinner og menn før og etter intervensjon var normalfordelt (Vedlegg 15). Independent Samples t-test, tabell 25, ble benyttet for å signifikans teste forskjellen.

Figur 10 Livskvalitetsskåre fordelt på kjønn

Menn og kvinners forskjell i livskvalitet skåre



Tabell 25

Statistiske data

		Group			
Kjønn	N	Mean	Std.Deviation	Std. Error Mean	
Differans	Menn	20	4,893	7,3065	1,6338
	Kvinner	9	,4578	4,6971	1,5657

Independent Samples Test

	Levene's Test for quality of Variance		t-test for Equality of Means						
	F	Sig	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95 % Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Differans Equal variance assumed	2,254	,145	1,664	27	,108	4,4352	2,66567	1,03429	9,90473
Differans Equal variance not assumed			1,960	23,283	,062	4,4352	2,26290	-,24280	9,11325

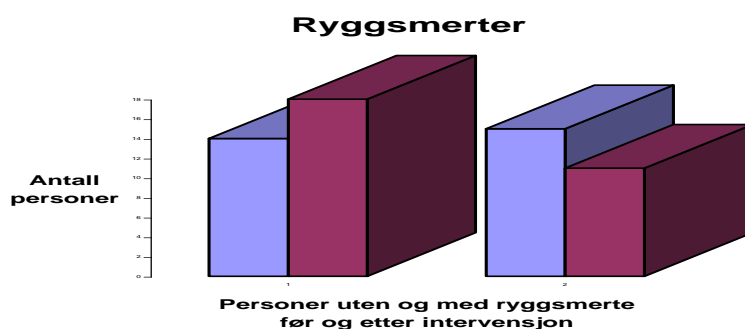
Statistisk veileder anbefalte å bruke "Equal variances not assumed" som viste at $p = .062$, ikke oppnådde statistisk signifikant verdi. CI for differansen = (- .24, 9.11). Det var en sterk tendens til at menn hadde bedre effekt på livskvalitetsskåre etter qigongtrening enn kvinnene. I den sammenheng er det aktuelt å merke seg at to menn hadde møtt alle ti gangene og den generelle oppmøte var 1% mer for menn. Dette støtter instruktørens observasjoner om at de som deltok mest gjorde størst fremgang, og teorifundamentet som mener at det opparbeides mer effekt desto mer en trener.

Nakke, skulder og rygg smerter

Bemerkelsesverdig oppgir mer enn halvparten av gruppen (58,2 %) i pretesten å ha smerter eller plager i nakke og skulder. Etter intervensjon reduseres andelen som har mye smerter i skulder og nakke med 15,79 %, til å ha lite og ikke smerte. 6,9 % oppgir etter intervensjon å ha blitt kvitt hodepine, 10,34 % opplevde reduksjon i litt hodepine, en har fått mer hodepine.

Oppsiktsvekkende oppgir over halvparten (51,72 %) av deltakerne i pretesten å ha ryggplager. I posttesten etter intervensjon reduseres antallet ryggplager til 37,93 %, hvor de oppgir å ikke ha vondt i ryggen. Dette er en reduksjon med 13,79 %. Samtidig oppgir 16,67 % bedring i leddplager. Figur 11 viser at deltagere uten rygg smerter er økt og de med rygg smerter er redusert etter intervensjon.

Figur 11 Forekomst av ryggsmarter



TKM, Maciocia (1994) presiserer at qigong og Tai Chi Chuan er eksellente treningsformer for personer med ryggplager. Det er derfor interessant at denne studien fant reduksjon i muskel-/skjelettplager, og støtter Skoglund (1998) som fant at qigong minsket opplevelsen av ryggsmarter signifikant ($p = .01$) i forsøksgruppen, men ikke i kontrollgruppen (Skoglund, 1998). I tillegg underbygger Rowker's (1995) funn at qigong/Tai Chi Chuan er effektiv som smerteterapi (Berman, Singh, 1997). I relasjon til at muskel-/skjelettplager utgjør en omfattende plage i samfunnet er disse funnene interessante.

Helseundersøkelsen 1995 viste at 22 % av den yrkesaktive befolkning mellom 16 og 66 år var mye plaget av smerter bl.a. i skulder, nakke og rygg. 40 % av personer over 45 år har sykdom i skjelettmuskel systemet, de utgjør den mest utbredte sykdomsgruppen (Ramm, 1995). Disse plagene synes å øke (Knardahl, 1998). Frymoyer & Gordon (1989), Pope, Anderson & Frymoyer (1991) viser at korsryggsmarter er det dyreste helseomsorgsproblem og den vanligste årsak til funksjonshemming i USA (Chen, Snyder, 1999). I England lider 35 % av befolkningen av ryggsmarter og i Sverige er det en økning på 211 % funksjonshemningskrav for ryggsmarter. Ryggsmarter kan oppstå fra jobberelaterte aktiviteter som å løfte, bøyning, vridning eller lengre perioder med sitting eller ståing. Foruten skader og ulykker viser psykologiske faktorer seg å bidra til en del av ryggsmerte plagene. Berman og Singh (1997) henviser til 9 kilder med en rekke forfattere (Berman, Singh, 1997).

I følge den holistiske tanken i kinesisk medisin kan ryggen belastes på to måter: en rent fysisk måte, og en energisk måte hvor nyreenergien (qi) svekkes. Dette fører til en ond sirkel hvor svak nyreenergi i seg selv fører til svekking av ryggmusklene (Maciocia, 1994).

Nyreenergifunksjonen tillegges særskilt betydning innen kinesisk medisin da den bl.a. styrer fødsel, vekst, utvikling og reproduksjon. Den styrer opptaket av qi (energi), er drivkraften for alle fysiologiske prosesser og er uerstattelig (Kaptchuk, 1983; Maciocia, 1989; Ross, 1985). Dette er noe av bakgrunnen for at det er mangel på levende donornyrer i Kina, jf. side 68 hvor Ikels (1997) viser til mangel på kinesiske donornyrer. Nyreenergien forfaller normalt med alderen, den kan nedarves i dårlig forfatning eller svekkes gjennom uforsiktig livsførsel. Stress, lettvinne måltider, mangel på trening eller overtrening, mer stillesittende arbeid og mer bilkjøring er en økende faktor til ryggproblemer i vårt samfunn. Dette svekker nyreenergien, ryggradsligamentene og leddene hvilket utsetter personer med dårlig holdning for diskurs problemer (Maciocia, 1994).

Qigong/Tai Chi Chuan styrker nyreenergien, holder muskler og sener smidige og roer sinnet (Maciocia, 1994). Qigong fremmer fri flyt av energi gjennom hele mennesket, de 5-elementer (Andersen, 1999; Choen, 1997; Maciocia, 1989; Pöyhönen, 1997). Mentale og åndelige faktorer er en integrert del av mennesket (Katchmer, 1993). Ryggsmerte blir på denne måten et omfattende og individuelt fenomen som inneholder fysisk, psykisk, sosiale og åndelige komponenter som kan relateres til ubalanser i de fem elementene.

Når qigong/akupunktur behandler nyreenergien for å bedre lumbal ømhet og vond rygg, påvirkes dermed andre symptomer ved svak nyreenergi som dårlig hukommelse, utbrenthet, øreproblemer, svimmelhet, infertilitet, angst, allergi, blodtrykk med mer (Maciocia, 1989, 1994; Ross, 1985). Dette er interessant i forhold til de deltakerne som oppga bedring i blodtrykk, allergi, angst. Samtidig når et element intervenseres påvirker dette de andre elementene og deres eventuelle symptomer. Dette er verd å vurdere når effekten av en intervensjon skal måles.

Fem element teorien kan benyttes terapeutisk i undervisningen til å forklare hvordan psykisk, fysisk, sosiale, miljømessige og åndelige faktorer påvirker mennesket. Hvordan ubalanser kan oppstå (jf. Kap 2.1.: TKM teori) og hvilke plager/symptomer de kan forårsake. Det kan bidra til innsikt i egen ubalanse og hvordan en selv kan rette opp ubalansen. Qigong berører derfor flere nivåer (helhet) i en intervensjon.

Dette å berøre flere nivåer samtidig, ble testet ut i en preliminær studie om effekten av en ti

ukers, 2 ½ time ”mind-body”-intervensjon på reduksjon av kronisk lumbar-sacrale rygg smerter. Intervensjonen bestod av opplæring, trening i avslapningsrespons og qigong/Tai Chi Chuan bevegelsesterapi. Kombinasjonen av disse intervensjonene ga en signifikant forbedring i humør tilstand, smerteoppfatningsrater og funksjonstilstand sammenlignet med en kontrollgruppe. Resultatene betraktes som viktig da deltakerne var veldig dårlige, hadde multiple helseproblemer og var ikke vurdert til å oppnå spontan bedring av deres kroniske lidelse (Berman, Singh, 1997).

Fordi flere terapiformer ble kombinert i studien til Berman og Singh (1997), vet en ikke det spesifikke resultatet fra qigong/Tai Chi Chuan (Chen, Snyder, 1999). Imidlertid har det blitt vist at metoder som kombinerer ”mind-body”-intervensjon og en undervisningskomponent, avslapningsrespons og bevegelsesterapi, var mer effektive i behandling av kroniske nedre rygg smerter enn enkeltinnhold intervensjoner. De støtter seg til en rekke studier av Hasenbring, Marienfeld, Kuhlendahl, Soyka, (1994), Snook (1982), Wheeler, Hanley (1995), Risch, Norvell, Pollock (1993), Turner, Jensen (1993), Coft, Papageorgiou, Frey (1993), Weickgenant, Slater, Patterson (1993), Symonds, Byrton, Tillotson (1995), Rosamoff, Rosamoff (1990), Bendix, Bendix, Ostefeld (1995) (Berman, Singh, 1997).

Verken Berman og Singh (1997) eller Chen og Snyder (1999) diskuterer hvorvidt qigong-intervensjon i seg selv er en ”mind-body”-intervensjon som kombinerer en undervisningskomponent, avslapningsrespons og bevegelsesterapi. Qigong består i følge Choen (1997) av bl.a. bevegelse og meditasjon/avslapning. Øvelsene baseres i kunnskap om energisirkulasjonen i kroppen og hvordan energien kan styres for å oppnå helse/harmoni.

Dette viser at qigong/Tai Chi Chuan, helhetlige intervensjoner kan brukes på to måter. Intervensjonen kan brukes uten teoretisk forankring, hvor den grunnleggende forståelse om hva intervensjonen gjør med helheten ikke vektlegges. Dette kan føre til at det er vanskelig å forklare og forstå uønskede effekter, samt reversere disse. Ikke minst tapes muligheten til å kunne utnytte seg av hele potensialet av intervensjonen og dermed oppnå ønskede mål.

Dette bør debatteres nå når alternative intervensjoner i økende grad kommer inne i behandlingstilbudet. På hvilket grunnlag skal de praktiseres? Hvem kan gi råd og anbefalinger om hvilke metode som er den rette for den enkelte, og hvordan metoden skal utøves? Vestlig skolerte helsepersonell trenger opplæring for å forstå, utøve og regulere en metode fra et annet paradigme. Det kan bli en falsk trygghet, med hensyn på sideeffekter, at helsepersonell inntar

autoritet og kompetanse på fagfelt de ikke i utgangspunktet er skolert i.

Mosjon og livskvalitet

Det ble i denne pilot studien funnet at qigong bedret livskvalitet. Det fremkommer at gruppen har økt antall timers krevende mosjon i intervensjons perioden, hvilket kan ha påvirket målingene.

Tabell 26 viser at antallet som ikke trener daglig er redusert fra 9 til 4 etter intervensjon, og at andelen som trener mer enn en time krevende mosjon i uken er økt fra 2 til 5. Det er etter qigongintervensjonen færre som ikke trener hver dag og flere som trener mer i løpet av uken. Før intervensjon var det 9 (31,0 %) som hadde krevende mosjon ikke en time hver dag, andelen ble redusert etter intervensjon til å gjelde 4 stykker (13,8 %). 2 (6,9 %) svarte at de trener 1 time pr. dag, dette økte til 5 (17,2 %). 12 stykker (41,4 %) trente ca ½ time i uka som ble redusert til 8 (27,6 %) mens trening ca 1 time i uka økte fra 4 (13,8 %) til 9 (31,0 %). Trening ca 4 timer eller mer gikk opp fra 2 (6,9 %) til 3 (10,3 %). Dette viser at treningstiden for krevende mosjon pr uke har gått opp for intervensjonsgruppen fra før til etter qigongtrening.

Tabell 26

Antall timers krevende mosjon hver uke?

	Ikke en time daglig 1	1 time pr. dag 2	ca. 1/2 time, uke 3	ca 1 time, uke 4	ca. 4 timer eller mer, uke 5	n
Pre test(Serie 1)	9	2	12	4	2	29
Post test (Serie 2)	4	5	8	9	3	29
Differanse	5	- 3	4	- 5	- 1	

Imidlertid fant Ventegodt (1995 b) at det er meget liten sammenheng mellom mosjon og livskvalitet. Det er ikke sammenheng mellom hvor mange timer en puster og svetter i uken og hvor godt en har det med seg selv og sin kropp (Ventegodt, 1995 b). Det er interessant at qigongintervensjonen har gitt signifikant bedret livskvalitet når Ventegodt (1995) ikke fant sammenheng mellom livskvalitet og mosjon. Det er også interessant å legge merke til i forhold til de funn nevnt av bl.a. Berman, Singh (1997) hvor metoder som kombinerer ”mind-body”-intervensjon, som vektlegger å stimulere kropp og sjel, regnes for å ha bedre effekt på bl.a. smertetilstander enn metoder brukt enkeltvis. Qigong skiller seg fra vanlig trening ved at

den inkluderer kropp og sjel i treningen hvilket har blitt populært innenfor mange idrettsgrener.

Den nye treningstrenden Fusion legger vekt på å tømme sjelen for stress. Fusion er en sammensmelting av vestlig helsestudio trening og østlig filosofi om kroppsbeherskelse. En kombinasjon av yoga, dans, Tai Chi Chuan og kampsporter utøves til musikk. Det handler om å få kontakt med kroppens indre krefter, emosjonelle energi, samtidig å forbedre fysikken. En retning innen Fusion er Nia som står for ”Neuromuscular Integrative Action”. Fusjonstrening handler om å trene både kroppen og psyken. Nia er en fysisk trening hvor bevegelse smelter sammen med sjelen. Å rope fra magen, fra sjelen, gjør at stress forsvinner. Effekten etter treningen gir en god følelse, bedre søvn og bedre energi. Det oppleves at folk begynner å gråte fordi ting åpner seg inne i dem (Bleness, 2001).

Treningen får blokkerte følelser frem hos folk. Dette kan brukes terapeutisk og som en metode til å jobbe med seg selv som Ventegodt (1995) snakker om. Ved å jobbe med livskvaliteten i tide kan en forebygge sykdomsutvikling. En kan arbeide med sine grunnleggende antagelser om livet og virkeligheten, rette opp sin eksistensielle kurs for å oppnå en bedre tilværelse. Finne seg selv, finne sitt forhold til verden, finne livets egentlige verdi, komme i kontakt med og sette seg i overensstemmelse med sjelen, menneskets sentrum. Det må være kommunikasjon mellom ens forhold til verden og en selv (Ventegodt, 1995). Dette er i tråd med fem element teorien om hvilken kontakt vi har med våre emosjoner, arketyper.

Endring i sykdomsplager, fysisk og psykisk helse

Det var flere som oppga at deres fysiske helse er god etter qigongtrening, og det var 10,34 % færre som oppga å ha dårlig fysisk helse. Psykisk følte deltagerne seg bedre etter intervensjon. 6,90 % flere opplever sin psykiske helse som meget god og det er flere som synes den er god. Det ble oppgitt bedring for symptomer på hjertebank, angst, uro, nervøsitet, engstelse og søvnproblemer. Etter intervensjon var det 16,67 % færre som oppga å ha angst, 10,34 % flere oppga å ikke være deprimerte, det var færre som følte seg nedtrykt, deprimert, ulykkelig og trett. Andelen med mye søvnproblemer ble redusert mens andelen som har litt søvnproblemer økte med 10,34 %. Hele 58,62 % oppgir å være litt eller mye trette i pre målingene og dette ble redusert til 44,82 % i postmålingene.

Blodtrykk

3 oppgir å være hypertone og 2 av disse opplyser om normalisering av blodtrykket etter intervensjon. De deltok henholdsvis 7 og 5 av 10 treninger, det fremgår ikke av studien hvor mye de praktiserte på egenhånd. Det var for få hypertone i denne intervensjonsgruppen til statistiske bergninger, men Fontana (2000) fant reduksjon i blodtrykk i Tai Chi Chuan grupper (Fontana, 2000), og siden hypertoni er utbredt, medisinene er dyre og har bivirkninger, er det en idé å se om disse enkle øvelsene kan bidra til senkning av BT hos hypertone. Det ble i denne studien forøvrig registrert reduksjon i magesmerter, eksem, bedring i åndetretts plager og i syn. Det er reduksjon hos de som oppga å ha litt hudutslett/eksem eller kløe og økning i de som oppgir å ikke ha slike problemer. To hadde eksem i premåling og ikke i postmåling. Av to som oppgir å ha astma er det bare en som har det i postmålingene. En har fått allergi, studien gikk på våren, og en person oppgir å ha høysnue.

6.8 Begrensninger ved studien

Lund (1996) forklarer at modning, historie, testing, instrumentering og regresjonseffekt kan være relevante trusler mot indre validitet for pretest-posttest-design med en gruppe (Lund, 1996).

Modning: ”Med modning menes en forandring på skårevariabelen i tiltaksintervallet, betinget av biologiske eller miljømessige forhold.” (Lund, 1998, side 207). Modning er en mulig trussel for denne studien. Studien foregikk på vårparten, klimaet går mot lysere tider og sommer, som føles lettere for mange. Dette kan ha forbedret livskvalitetsskåren. På en annen side opplever noen mennesker vår-depresjoner og andre er plaget av allergi om våren. Dette vil kunne redusere livskvalitetsskåren. E-post korrespondanse med Ventegodt (vedlegg 16) mener at livskvalitetsmålingene skulle være nøytralt om våren, og regner ikke med at dette betyr noe.

Historie: ”Historie referer til en begivenhet som oppstår omtrent samtidig med og uavhengig av tiltaket, som kan ha produsert den observerte gruppeforandringen.” (Lund, 1998, side 207).

Bedriften har lønnsforhandlinger om våren. Postmålingene registrerte at det ikke var endringer i lønnsforhold. Imidlertid fant Ventegodt (1995) at det ikke er sammenheng mellom livskvalitet og økonomi.

Testing: ”Testing vil si at måling ved én anledning kan resultere i for høy eller lav skåre ved en senere anledning, altså i en kunstig fremgang eller tilbakegang.” (Lund, 1998, side 207). Kunstig fremgang/tilbakegang som følge av læring: Det er over 300 spørsmål i instrumentet og mange av dem har 5 svaralternativer. Det er 10 uker mellom hver gang de besvarer instrumentet. Det er mulig noen kan huske eksakt hva de svarte, men testing ble vurdert som en liten trussel i denne studien.

Instrumentering: ”Instrumentering omfatter forhold ved selve måleinstrumentet eller – prosedyren som kan resultere i en kunstig forandring eller differanse på gruppenivå, nemlig systematiske endringer i skåringskriterier, ikke konstant enhet på måleskalaen samt ”tak”- og ”golv”-effekt.” (Lund, 1998, side 207). Det samme instrumentet uten endringer brukes i pre- og post målingene i denne studien. Instrumentet er godt standardisert og spesifisert. Det er rubrikker til å krysse svaralternativene i og instrumentering vurderes som lite relevant for denne studien.

Regresjonseffekt: ”Statistisk regresjonseffekt betyr at en undergruppe, som er selektert på en variabel, kan predikeres (ved en lineær regresjonsligning) å ligge nærmere gjennomsnittet på den predikerte variabelen enn gjennomsnittet på seleksjonsvariabelen, dersom begge avstander måles i de respektive standardavvik.” (Lund, 1998, side 207). Livskvalitetsskåren var bedre i posttesten for hele gruppen. Regresjonseffekten må da skyldes at samtlige skårer bedre i posttesten, hvilket virker lite sannsynlig.

Intervensjons intervallet gikk over 10 uker. Det er ikke undersøkt for om det skjedde noe i den enkeltes miljø, i løpet av denne tiden, som kunne virke inn på livskvalitetsskåringene. Instrumentet har ingen registrering av spesielle inntrykk/faktorer som påvirker hvordan en opplever å ha det. Det var heller ikke noen kontrollgruppe å sammenligne med.

Livskvalitetsinstrumentet til Ventegodt (1995) måler ikke hvor den enkelte respondent er i sin livsprosess, hvilke begivenheter som har vært langs livsaksen, individets historie, som har

påvirket menneskefeltet på godt og vondt. Det registrerer heller ikke hvordan omgivelsene er. Det gir dermed ikke rom for å vurdere om det er faktorer i omgivelsene eller i menneskefeltet som fører til hvordan man opplever at en har det.

Høinæs (1997) kritiserer Ventegods livskvalitetsteori og sier at den ikke betrakter mennesket som biologisk og psykisk vesen som utvikler seg gjennom tid og rom som individ. Livskvalitetsundersøkelsen søker kvaliteten, men forblir kvantitativ og positivistisk, og er overfladisk fordi den ikke forskjell på dyr og menneske. Med det mener Høinæs (1997) at instrumentet ikke fanger opp menneskets utviklingsprosess hvor det utvikles også psykisk gjennom hele livet. Han poengterer at menneskelige fremskritt skjer gjennom kriser, stillstand og kamp. Slike faser kan gjenspeile seg i at en ikke har det bra når de står på, og dette vil avspeiles i et livskvalitetsskjema. Instrumentet fanger ikke opp vendepunktet eller at krisen fører til høyere "livskvalitet" (Høinæs, 1997).

Hvis vi virkelig skal forstå begrepet livskvalitet, må vi gjøre det på en mer gjennomgripende måte, på tvers av psykiske og fysiske lykketilstander. Kanskje er den såkalte "livskvaliteten" en energetisk selvpopprettende kraft, som bærer mennesket tvers igjennom de mest paradoksale situasjoner livet kan by på (Høinæs, 1997, s-122).

6.9 Konklusjon

I denne studien besvarte 29 bedriftsansatte det samme livskvalitetsspørreskjemaet før og etter 10 ukers qigong intervensjon. Til tross for at gruppen samlet bare benyttet litt over halvparten av treningstilbudet, ble det funnet økning i livskvalitet for samtlige av de åtte livskvalitetsmålene. Økning i livskvalitet ble funnet statistisk signifikant for nr. 2. livstilfredshet, sterkt signifikant nr. 6. tilfredshet med forhold og for nr. 7. livsutfoldelse (respektivt $p = .036$, $.001$ og $.000$). og samlet livskvalitetsmål hadde en sterk signifikant ($p = .01$) økning i livskvalitet. Spørsmålet om 10 ukers qigongtrening bedret livskvaliteten for en gruppe bedriftsansatte, ble bekreftet.

70,7 % av de som meldte seg på gjennomførte treningen og besvarte spørreskjemaet to ganger. Det ble imidlertid ikke undersøkt om alle de 340 ansatte mottok og lest invitasjonen til å delta, og om hvorfor de ikke ønsket å benytte treningstilbudet.

Andre funn som kom frem i denne studien viste at etter intervensjon oppga flere at de følte at de hadde det meget bedre, det var flere som opplevde å være mer lykkelige, flere opplevde å få tilfredsstilt sine behov godt, flere var mer tilfreds med arbeidssituasjonen og fritidssituasjonen. Flere oppga at deres helse er meget god og deres psykiske og fysiske helse ble bedre etter intervensjon. Det ble rapportert reduksjon av høyt blodtrykk, og at symptomer på hjertebank, angst, uro, nervøsitet, engstelse, søvnproblemer, depresjon, nedtrykthet, ulykkelig og tretthet ble redusert. Disse symptomene er tegn på ubalanser i energisirkulasjonen og det vil forventes at disse bedres med bedret energisirkulasjon.

Interessant var det at 58,2 % av deltakerne i denne studien oppga at de ble bedre av nakke- og skulderplager etter intervensjon. 13,79 % ble bedre i ryggen. Skoglund (1998) fant tilsvarende at qigong/Tai Chi Chuan hadde signifikant effekt på ryggplager. Dette er interessant i forhold til at 40 % av personer over 45 år har sykdom i skjelettmuskel systemet i følge Helseundersøkelsen 1995 (Ramm, 1995).

Qigong bunner i et helhetlig menneskesyn som er forenelig med Rogers (1970) teori om enhetsmennesket, og er en intervensjon sykepleierne kan benytte for å skape høyere frekvens i menneskets energifelt for å gi øket velvære og bedret livskvalitet.

6.10 Implikasjon for praksis

Resultatene viser at qigong kan være aktuell som sykepleieintervensjon for å bedre livskvalitet hos sykepleierens pasient, øke svingningene i menneskets feltmønster-manifestasjoner. Qigong kan bidra til at pasienten opplever å ha det bedre og blir mer tilfreds med livet/sin situasjon. Qigong kan gi et løft, etablere kontakt med sin indre velværekilde, for lettere å mestre en vanskelig situasjon. Det kan for noen bli et vendepunkt i sykdomsforløpet, gi motivasjon, gjøre det lettere å øyne et positivt utfall og sette seg mål i helbredelsesprosessen, og kanskje korte ned rekonvalensperioden.

Øvelsene kan tilpasses alle, selv sengeliggende immobile pasienter kan få øket sirkulasjon gjennom tilpassede øvelser. Bedret sirkulasjon kan bedre mage/tarm funksjonen, forebygge komplikasjoner som decubitus, emboli og respirasjonsproblemer. Øvelsene skaper en indre ro og dempe smerte hvilket kan utnyttes av mange pasienter i sykehus både pre- og

postoperativt. Qigong bidrar med å redusere stressopplevelser hvilket kan ha gunstig effekt på immunforsvaret og pasienten får bedret motstand mot infeksjoner.

I qigonggrupper kan sykepleieren disponere tid effektiv sammen med en pasientgruppe og nå inn til flere pasienter samtidig. Hun kan gi gruppe medlemmene støtte og en følelse av å bli hørt, samtidig som sykepleieren systematisk kan samle kunnskapen fra gruppen, som kan komme andre i samme situasjon til nytte. Qigonggrupper gir fellesskap med andre i samme situasjon. Det kan både være et sted hvor en kommer ”bort fra hverdagen”, eller kan åpne for og sette av tid til samtaler om et vanskelig tema.

Qigong/TKM teorien beskriver hvordan menneskes fysiske, psykiske, sosiale og åndelige sider påvirkes og hvilke konsekvenser dette har for helsen. Sykepleieren kan benytte denne kunnskapen i terapeutiske samtaler som kan foregå individuelt eller i grupper. Det kan skapes en bevisstgjøring om hvordan ulike faktorer har påvirket egen helse, hvordan disse kan kontrolleres, og gjennom øvelsene er en aktivt deltagende i behandling av egen helse. Dette setter sykepleien i en terapeutisk/selvstendig funksjon og åpner muligheten til å utøve og la seg lede av sykepleieteori fult ut. Hele tiden må sykepleieren være bevisst sin kompetanse og ansvarsområde, forstå når annen intervensjon er nødvendig, men for pasienter kan det være trygt og samlende at en person kan kommunisere, ha oversikt og veilede på flere plan.

Qigong bunner i et helhetlig menneskesyn som mange sykepleiere hevder og ha, og synet leder mange alternative terapiformer. Bruken av alternative terapiformer øker i følge bl.a. NOU 1998, og berører derfor sykepleien på flere områder. Sykepleieren vil bl.a. møte pasienter som benytter alternativmedisin og har valgt et livssyn som bunner i en ide om helhet/holisme. Disse pasientene kan ha andre syn enn det etablerte helsevesen står for og kan ivareta. Eksempelvis har det vært en gjengs holdning blant helsepersonell å være kritisk til at kreftpasienter bruker penger på alternativ kreftbehandling. Med innsikt i holistiske syn kan sykepleieren avklare hvorvidt pasienten har fattet sin beslutning om behandling på grunnlag av en klar indre overbevisning (kontakt med sin velvære kilde), fra ytre press (familie, helsepersonell) eller om den bunner i en panikkreaksjon (kjøpslå fasen). Sykepleieren kan sette inn intervensjoner etter behov.

På en annen side kan sykepleieren selv komme i dilemmaer mellom ulike verdigrunnlag innenfor et holistisk syn versus et reduksjonistisk. Sykepleierne må derfor avklare og

presisere hvor de står i forhold til både et holistisk syn og hvordan de stiller seg til alternativmedisinske intervensjoner. Dersom sykepleieteoriene skal være hensiktsmessige for å lede sykepleien, og teoriens holistiske overbevisning skal ha verdi, må teoriene oppdateres i forhold til sykepleieoppgaver som oppstår med medisinskteknologiske nyvinninger. Eksempelvis påtar sykepleiere seg pleie til donorpasienter på bakgrunn av legens anbefalinger, uten at for eksempel Rogers (1970) teori er oppdatert og kan bekrefte at dette er en handling som er forenelig med denne sykepleie teorien. Sykepleieteoriene bør belyse etiske problemstillinger i kjølevannet av de nye teknologiske mulighetene.

Sykepleiere bør være bevisst hva deres eget syn og meninger er forankret i. Det helhetligemenneskesyn og hvilke konsekvenser dette fører til må tydeliggjøres. Det er et behov, både i forhold til pasientomsorg og ut i fra sykepleieteorier, for en diskusjon omkring konsekvenser av et holistisk grunnsyn, og om det er tid for et paradigmeskifte i norsk helsevesen. Dette kan gi grunnlag for å dele sykepleien i to; de som ledes av sykepleieteori og et holistisk syn, versus de som ledes fra et medisinsk paradigme.

Sykepleiere bør derfor delta i forskning på alternativ/holistisk medisin og selv utrede for sin plass og funksjon innenfor dette området. Forskning på alternative/holistiske intervensjoner bør ikke utelukkende ledes fra et reduksjonistisk forskningsmiljø. Sykepleiere har en oppgave i denne anledning fordi de benytter forskningsmetoder som kan være egnet til å belyse en holistisk problematikk, holisme inngår i sykepleien og fordi spørsmålene vedrører sykepleierens pasient og dermed sykepleierens fremtidige arbeidssituasjon.

Forskning på helhetsorienterte terapiformer er imidlertid allerede i gang ved Nasjonalt forskningssenter for alternativ medisin. Senteret ble etablert ved Universitetet i Tromsø etter Aarbakke utvalgets (1997) anmodning. Det er snakk om at de ”grønne paviljonger” kan legges til dette senteret. Det er bemerkelsesverdig at ingen sykepleiere er tilsatt ved senteret. NSF bør snart tilkjenne sitt policydokument.

Anbefalinger for fremtidig forskning

Fremtidige studier kan undersøke for effekten av qigong på symptomlindring hos kronisk syke. Denne studien fant reduksjon i flere typer plager og Sherwin (1992) anbefaler bruk av qigong i sykepleien hvor metoden kan redusere stress, styrke pasientenes egen helingskraft, gi

støtte til de alvorlige syke og for å lindre smerte (Sherwin, 1992). I tillegg kan det registreres om medikamentbruken og bivirkninger reduseres hos respondentene ved utøvelse av qigong/Tai Chi Chuan.

Et annet felt som kan være aktuelt å undersøke for sykepleiere, er om metoden kan øke aktivitetsnivået, bedre livskvaliteten, gi helsegevinst og å mestre sin situasjon for pasientgrupper med nedsatt funksjonsområde. Det kunne være aktuelt å observere for de samme faktorer som Hused, Pham, Hekking, Niederman (1999) gjorde for multipel sklerose pasienter. De fant bedring i helserelatert livskvalitet, fleksibilitet og fysisk funksjon, vitalitet, sosial funksjon og mental helse. Bedret holding til ens tilstand, øket følelse av kraft og evne til å håndtere symptomene. De følte støtte fra andre, det oppstod viktig vennskap i gruppen med sterk mellommenneskelig binding og positiv gruppe støtte (Hused, Pham, Hekking, Niederman, 1999).

Qigong er en billig intervensjon, den foregår i gruppe og flere pasienter kan behandles samtidig. Det er derfor aktuelt å vurdere om qigong/Tai Chi Chuan kan være en kostnadsbesparende intervensjon til kronisk syke. Her er det flere områder som kan være aktuelle å undersøke. Et område er å undersøke videre effekten av qigong på ryggplager. Her er det også aktuelt å undersøkes om kortformsøvelser, utført i ”kontorstolen”, kan ha samme effekt som ordinær qigongtrening slik at en ”får tid” å gjøre øvelsene daglig. Det kan beregnes hvor mye som spares i sykefravær, behandlinger og medisinbruk.

Interessant er det også om qigong/Tai Chi Chuan kan ha forebyggende effekt for muskel-skjelett plager. Innenfor skolehelsetjenesten (helsesøster) kan det være nyttig å lære elevene god holdning og informere om betydningen av dette. Samtidig kan det registreres om intervensjonen også har gunstig effekt på helsen for øvrig, konsentrasjonsevnen og dermed faglige resultater. I abstraktet for en tysk kontrollert pilot studie, publisert i *Forsch Komplementämed* 2000; 7: 29-58, konkluderer forfatterne Becker, M., Witt, C., Bandelin, K., Schulze, D., Binting, S., Willich, S.N. at qigong 20 minutter 3 ganger i uka i 6 måneder ga bedringer i standard spørsmål om konsentrasjon, kreativitet og sosial atferd for barna i qigonggruppen.

Ett annet område er å undersøke om intervensjonen kan redusere falltendens hos eldre. Sancier (1996) viser i en oversiktsartikkel til studier som har funnet at Tai Chi Chuan/qigong reduserer falltendens hos eldre og styrker beinstrukturen. Antallet osteoporosetilfeller er høyt i Norge. Hafstad (2002) opplyser at lårhalsbrudd koster årlig samfunnet mer enn 1,5 milliarder kroner. Dersom en kan dra nytte av en enkel intervensjonens effekt og redusere kostnader og ubehag ved bruddskader hos eldre, er det interessant å undersøke mer om dette; både på beintetthet og falltendens.

Hjerterehabiliteringspasienter er en annen aktuell gruppe som kunne utprøve qigong/Tai Chi Chuan for bedring i helsetilstand, livskvalitet og kostnadssparende effekt. Cahalin (1997) fant 31 % reduksjon i sykehusinnleggelser hos hjerterehabiliteringspasienter etter qigongtrening, og Chohen (1997) viser til studier som dokumenterer at qigong styrker hjertemuskelen, senker hjertets hvilerate og øker slagvolumet, har blodtrykksreduserende effekt, normaliserer EKG og at det er redusert antall slagtilfeller i qigong grupper (Chohen, 1997). En dansk studie fant at kombinasjons behandling (med akupunktur, Shiatsu; deltakerne fikk instruks i selvmassasje av akupunkturpunkter, korrigerende av livsstil, diett, holdninger, stressmestringsteknikker, daglige avslapnings- og fysiske øvelser) var sterkt kosteffektiv for pasienter med fremskreden angina pectoris. Klinisk forbedring gjorde at 61 % fikk utsatt invasiv behandling og det var 90 % reduksjon i sykehusliggedager. Estimert kostnadsbesparelse var 12,000 US \$ for hver pasient (Ballegaard, Nørrelund, 1996).

I alle senere studier på qigong/Tai Chi Chuan og andre metoder og behandlingsformer fra fjerne kulturer som inkorporeres i sykepleieintervensjoner, slik som for eksempel akupunktur, blir det viktig å registrere symptomer og sensasjoner som oppstår underveis, relatere disse til en teoretisk forklaring om hvorfor de oppstår, hvordan de kan behandles og hvordan de unngås. Fremtidig forskning på holistiske intervensjoner bør velge et design og en metode som fanger opp det som den holistiske teorien mener skal skje, ikke kun benytte reduksjonistiske metoder.

En aktuelt tema for senere studier er å vurdere sykepleieteoriene; hvordan disse forholder seg til etiske spørsmål omkring holdninger til organdonasjon, kloning og andre spørsmål som reiser seg i kjølevannet av ny teknologi. Hvilke konsekvenser for sykepleierne er det å ha et holistisk syn i et reduksjonistisk styrt sykehus? - hvordan forholder sykepleierne seg til dette?

Hvor mye selvstendighet kan sykepleiere som benytter holistiskforankrede metoder ha?
Hvilke kunnskap bør ligge til grunn for at helsepersonell skal kunne utøve intervensjoner som
bunner i en teori de ikke kjenner?

7 LITTERATURLISTE

- Aamo, B. (2001). Chi Kung (qi gong) – historie og helsemessige effekter. Alternativt Nettverk, 1.
- Aasland, O.G., Borchgrevink, C.F., Fugelli, P. (1997). Norske leger og alternativ medisin. Kunnskaper, holdninger og erfaringer. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, 17 (117), 2464-2468.
- Andersen, M., Smereck, G. (1992). The Consciousness Rainbow: An Explication of Rogerian Field Pattern Manifestations. Nursing Science Quarterly, 5 (2), 72-79.
- Andersen, Ø. (1999). Om qi, qigong og healing. Alternativt Nettverk, 1, 68-72.
- Anselmo, J., Kolkmeier, G., L. (2000). Relaxation: The First Step to Restore, Renew, and Self-Heal. I: B. M. Dossey, L. Keegan, C. Guzzetta (Red.). Holistic Nursing. A Handbook for Practice (s. 495-531). Maryland: Aspen Publishers.
- Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon. (1980). Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon (1979) Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Aung, S.K.H. (1994). Ancient Oriental Arts. A Brief Introduction to the Theory and Practice of Qigong. American Journal of Acupuncture, 22 (4), 335-348.
- Ballegaard, S., Nørrelund, M.P.S. (1996). Cost-Benefit of Combined use of Acupuncture, Shiatsu and Lifestyle Adjustment for Treatment of Patients with Severe Angina Pectoris. Acupuncture & Electro-Therapeutics Res. Int. Journal, 21, 187-197.
- Bar, B. (1998). The Effect of Holism on the Health Care System. Hospital Materiel Management Quarterly, 20 (1), 70 – 81.

Barrett, E.A.M. (1990). Visions of Rogers' Science-Based Nursing. New York: National League for Nursing.

Barrett, E.A.M. & Malinski, V.M. (Eds.) (1994). Martha E. Rogers: Her life and her work. Philadelphia: FA Davids.

Barrett, E.A.M. (1988). Using Rogers' Science of Unitary Human Beings in Nursing Practice. Nursing Science Quarterly, 1 (2), 50-51.

Berman, B.M. and Singh, B.B. (1997). Chronic low back pain: an outcome analysis of a mind-body intervention. Complementary Therapies in Medicine, 5, 29 – 35.

Bleness, C. (2001). I knallform – både inni og utenpå. Aftenposten, 4. november, side 20.

Boschma, G. (1994). The Meaning of Holism in Nursing: Historical Shifts in Holistic Nursing Ideals. Public Health Nursing, 11 (5), 324-330.

Bruset, S. (1993). Kreft og jakten på mirakler. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Buenting, J. (1993). Human energy fields and birth: Implications for research and practice. Advances in Nursing Science, 15 (4): 53-59.

Butcher, H., Parker, N. (1987). Guided Imagery within Rogers' Science of Unitary Human Beings: An Experimental Study. Nursing Science Quarterly, 1 (3), 103-110.

Cahalin, LP. (1997). Inspiratory muscle training in patients with chronic heart failure awaiting cardiac transplantation: result of a pilot clinical trial. Phys Ther, 77 (8), 830-8.

Carboni, J. (1995). Enfolding Health-as-Wholeness-and-Harmony: A Theory of Rogerian Nursing Practice. Nursing Science Quarterly, 8 (2), 71-78.

Carboni, J.T. (1995 b). A Rogerian Process of Inquiry. Nursing Science Quarterly, 8 (1) 22-37.

Chen, K., Snyder, M. (1999). A Research-Based Use of Tai Chi/Movement Therapy as a

Nursing Intervention. Journal of Holistic Nursing, 17 (3), 267-279.

Choen, K. (1997). The Way of Qigong, the art and Science of Chinese energy healing. London: Bantam Books.

Clue (1991 – 2000), International Corporation, Clue for Windows versjon 4,5.

Deadman, P. & Al-Khafaji, M. With Baker, K. (1998): A Manual of Acupuncture. East Sussex: Journal of Chinese Medicine Publications.

Dolowich, G. (1991). The Archetypes og the Unconscious and Chinese Medicine. Journal of Traditional Acupuncture, Autumn, 9-13.

Dossey, B., Guzzetta, C. (2000). Holistic Nursing Practice. I: B.M. Dossey, L. Keegan, C. Guzzetta (Red.). Holistic Nursing. A Handbook for Practice. (s. 5-27). Maryland: Aspen Publishers.

Dossey, B. M., Keegan, L., Guzzetta, C. (2000): Holistic Nursing. A Handbook for Practice. Maryland: Aspen Publishers.

Engelbrecht, J. (1982). Den intuitive tanke I. Fra Lao Tse til Martinus – en idéhistorisk utviklingslinje. København: Borgen.

Fawcett, J. (1995). Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Frisch, N. C. (2000). Nursing Theory in Holistic Nursing Practice. I: B.M. Dossey, L. Keegan, C. Guzzetta. (Red.). Holistic Nursing. A Handbook for Practice (s. 171-182). Maryland: Aspen Publishers.

Fonn, M. (1999). Bra med valgfrihet. Tidsskriftet Sykepleien, 87 (11), 16-17.

Fonn, M. (2001): ”Glem omsorg, lær biologi!” Tidsskriftet Sykepleien, (10), 10 – 17.

Fontana, J.A. (2000). The Energy Costs of a Modified Form of T'ai Chi Exercise. Nursing

Reserarch, 49 (2), 91-96.

Førde, O.H. og Fylkesnes, K. (1991). Helse og sjukdomsoppleving. Eit utgangspunkt for alternative strategiar i helsetenesta. I: H. Piene (Red.). Helsevesen i knipe. (s. 95-107). Oslo: Ad Notam.

Hafstad, A. (2001). Helsetilsynet: Pasienter blir kasteballer. Aftenposten, 22.05.01. side 6.

Hafstad, A. (2002). Norge på verdenstoppen i lårhalsbrudd. Broccoli mot benskjørhet. Aftenposten, 25.05.

Hjelkrem, T. (2001) Jordmor ved Bærum sykehus. Telefonsamtale (21.06.01. kl.: 09:45).

Husted, C., Pham, L., Hekking, A. og Niederman, R. (1999). Improving Quality of Life for people with chronic conditions: The example of T'ai chi and Multiple Sclerosis. Alternative Therapies, 5 (5), 70 – 74.

Høinæs, H.J. (1997). Mellom New Age og teknopolis. Perspektiver på våre nye virkelighetsbilder. Oslo: Vidarforlaget.

George, J.B. (1990). Nursing theoris, the base for professional nursing practice. Prentice- Hall InternationalEditions.

Grossinger, R. (1995). Planet Medicine, Origins. California: North Atlantic Books.

Guo, B. (1994). Introducing Qi Gong. Turn Back the Clock and Rejuvenate. Journal of Chinese Medicine, (45) may, 14-18.

Guorui, J. (1990). Qigong Essentials for Health Promotion. Beijing: China Reconstructs Press.

Guzzetta, C. (2000): Holistic Nursing Research. I: B.M. Dossey, L. Keegan, C. Guzzetta (Red.). Holistic Nursing. A Handbook for Practice (s. 185-199). Maryland: Aspen Publishers.

Hanchett, E. (1991). Concepts From Eastern philosophy and Rogers' Science of Unitary

Human Beings. Nursing Science Quarterly, 5 (4), 164-170.

Heusser, P. (2000). Konferansen om komplementær kreftbehandling Oslo 23-25 mars 2000.

Heyerdahl, O. og Lystad, N. (1991). Lærebok i akupunktur. Oslo: Tano.

Hilden, J. (1995). Vægtet lineær regression. Tendens-analyse (modificeret regression). I: S. Ventegodt (Red.). Måling av livskvalitet, Fra teori til praksis (s. 195-197). København: Forskningscenterets forlag.

Jenkins, J. (1996). Systems Energetics: Holistic Model for Advanced Practice Nursing. I: C.E. Guzzetta (Red.) (1998). Essential Readings in Holistic Nursing (s. 123-132). Gaithersburg: Aspen Publication.

Johnson Lutjens, L. (1991). Martha Rogers. The Science og Unitary Human Beings. Notes on Nursing Theories. London: Sage Publications.

Kaptchuk, T. (1983). Chinese Medicine, The Web that has no Weaver. London: Rider.

Karlsen, H.H. (1997). Den Gule Kejsers Klassiker om Indre Medicin, Huang Di Nei Jing & Klassikeren om De Vanskelige Omfåder, Nan Jing. København: Sphinx forlag.

Katchmer, G.A. (1993). The Tao of Bioenergetics. East-West. Boston: YMAA Publication Center.

Keegan, L. (2000). Holistic Ethics. I: B.M. Dossey, L. Keegan, C.Guzzetta (Red.). Holistic Nursing. A Handbook for Practice (s.155-168). Maryland: Aspen Publishers.

Kim, S.H. (1999) The Concept of Holism. I: S.H. Kim, I. Kollak (Red). Nursing Theories. Conceptual and Philosophical Foundations (s.87-104). New York: Springer Publishing Company.

Kit, W.K. (1996). The art of Chi Kung, making the most of your vital energy. Massachusetts: Element.

Knardahl, S. (1998). Kropp og sjel. Psykologi, biologi og helse. Oslo: Universitetsforlaget.

Kolcaba, R. (1997). The primary holisms in nursing. Jornal of Advanced Nursing, 25, 290-296.

Krieger, D. (1986). The Therapeutic Touch, how to use your hands to help or to heal. London: Simon & Schuster.

Lindstrøm, P.B. (2002). Taiji 37 – Læren om de hemmelige kreftene i tai chi chuan. Alternativt nettverk, 2, 12-14.

Lu. H.C. (1986). Chinese Systems of Food Cures. Prevention & Remedies. New York: Sterling Publishing Co.

Lund, T. (1998). Kvasi-eksperimentelle design. I: M. Lorensen (Red.) Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag (s. 200-225). Oslo: Universitets Forlaget.

Lund, T. (1996). Metoder i kausal samfunnsforskning. Oslo: Universitetsforlaget.

Maciocia, G. (1989). The Foundations of Chinese Medicine. A Comprehensive Text for Acupuncturists and Herbalists. London: Churchill Livingstone.

Maciocia, G. (1994). The Practice of Chinese Medicine. The Treatment of Diseases with Acupuncture and Chinese Herbs. London: Churchill Livingstone.

Malinski, V. & Barrett, E.A.M. (1994): Martha E. Rogers: Her Life and Her work. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Mastekaasa, A., Moum, T., Næss, S., Sørensen, T. (1988). Livskvalitetsforskning. Rapport 88:6. Oslo: Institutt for Samfunnsforskning, Institutt for Sosialforskning.

Moxnes, P. (1996). Dyprøller: helter, hekser, horer og andre mytologiske roller i organisasjonen: Ytre fantasi, indre virkelighet. En beretning om psykens grunnelementer og utviklingen av de mellommenneskelige fantasier. Oslo: Forlaget Paul Moxnes.

Mæland, J.G. (1993). Helse og livskvalitet – to sider av samme sak? Medicinsk årbog. (s. 9-16.) København: Munksgaard.

Newman, M.A. (1994). Health as Expanding Consciousness. New York: National League for Nursing Press.

Norsk Forening for Klassisk Akupunktur (2001). Norsk Forening for Klassisk Akupunktur (NFKA). Kort orientering om NFKA.

Nortvedt, P. (1998): Sykepleiens grunnlag. – Historie, fag og etikk. Oslo: Tano Aschehoug.

NOU Norges offentlige utredninger NOU 1998:21, Alternativ medisin. Statens Forvaltningstjeneste. Oslo: Statens trykning.

Olson, M., Dossey, B.M. (2000). Dying in Peace. I: B.M. Dossey, L. Keegan, C. Guzzetta (Red.). Holistic Nursing. A Handbook for Practice (s. 659-684). Maryland: Aspen Publishers.

Owen, M. and Holmes, C. (1993). 'Holism' in the discourse of nursing. Journal of Advanced Nursing, 18, 1688-1695.

Patterson, E. (1998). The philosophy and physics of holistic health care: spiritual healing as a workable interpretation. Journal of Advanced nursing, 27, 287-293.

Peters, D. (2000). From holism to integration: is there a future for complementary therapies in the NHS? Complementary Therapies in Nursing & Midwifer, 6, 59-60.

Petersen, E. (1978). Bind I: Livskvalitetsstudier i trivsel og tilfredshed. Aarhus universitet: psykologisk institutt.

Polit, D.F. and Hungler, B.P. (1995). Nursing Research. Principles and Methods. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Polit, D.F. (1996). Data Analysis & Statistics for Nursing Research. New York: Appleton & Lange.

Pöyhönen, R. (1997). Traditionell kinesisk medisin, del 1, Grunnleggende teori. Smegraf: Smedjebacken.

Quinn, J. (2000). Transpersonal Human Caring and Healing. I: B. M. Dossey, L. Keegan, C. Guzzetta (Red.). Holistic Nursing. A Handbook for Practice (s. 35-47) Maryland: Aspen Publication.

Ram, J. Statistisk sentralbyrå, seksjon for helsestatistikk. Ukestatistikk nr. 35/96, Samfunnsspeilet, (2), 97.

Redmond, C. (2000). The Holistic Nurses Association of New South Wales: our history, our present and our future. Complementary Therapies in Nursing & Midwifery, 6, 95-97.

Reid, D. (2000). A Complete Guide to Chi-Gung, Harnessing the Power of the Universe. Boston: Shambhala.

Rogers, M. (1970). An Introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Rogers, M. (1987). Rogers's Science of Unitary Human Beings. I: R. Parse (Red.). Nursing Science. Major paradigms, theories, and critiques (s. 139-146). London: W.B. Saunders Company.

Rogers, M. (1992). Nursing Science and the Space Age. Nursing Science Quarterly, 5:1, s-27-34.

Ross, J. (1985). Zang Fu. The Organ Systems of Traditional Chinese Medicine. London: Churchill Livingstone.

Ross, J. (1995). Acupuncture Point Combinations. The Key to Clinical Success. London: Churchill Livingstone.

Sancier, KM. (1991). Medical Applications of Qigong and Emitted Qi om Humans, Animals, Cell Cultures, and Plants: Rewiew of Selected Scientific Research. American Journal og Acupuncture, 19 (4), 367-375.

Sancier, KM. (1996). Medical Applications of Qigong. Altern Ther Health Med, 2 (1), 40-6.

Sarter, B. (1988). Philosophical Sources of Nursing Therory. Nursing Science Quarterly, 1, (2) 52-9.

Sarter, B. (1988 b). The Stream of Becoming. A Study of Martha Rogers Theory. New York: National League for Nursing.

Sayre-Adams, J and Wright, S. (1995). The Theory and Practice og Therapeutic touch. London: Churchill Livinvstone.

Schjelderup, V. (1989). Nytt lys på medisinen. Oslo: Cappelen.

Schjøtt, S. (1926). Dansk = Norsk Ordbog. Oslo: Det norske samlaget.

Schultz, P. (1987). Toward Holistic Inquiry in Nursing: A Proposal for Synthesis Of Patterns and Methods. Scholarly Inquiry for Nursing Practice. An International Jornal, 1 (2), 135-146.

Sherwin, D. (1992). Traditional Chinese Medicine in Rehabilitation Nursing Practice. Rehabilitation Nursing, 17 (5), 253-255.

Skoglund, L. (1998). Qigong - en stressreducerande metod vid datorarbete? Svensk tidskrift för medicinsk Akupunktur, 2, 10-15.

Skrautvol, K. (2001). Alternativer til antibiotika inn i utdanningen av sykepleiere og helsesøstre. Tidsskriftet sykepleien, 6, 52-56.

Statens helsetilsyn (2001), Tilsynsmelding 2000, IK – 2735.

Stigen, A. (1983). Tenkningens historie. Bind 1. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Stray, C. (2002). Stresser som aldri før. Asker og Bærums Budstikke, 18.06. side 9-11.

Todaro-Franceschi, V. (1999). The Enigma of Energy. Where Science and Religion Converge. New York: The Crossroad Publishing Company.

Trevelyan, J. (1993). Acupuncture. Nursing Times, 89 (28), 26-28.

Unschuld, P. (1985). Medicine in China, A History of Ideas. Los Angeles: University of California press.

Ventegodt, S. (1997). Livskvalitet. Om å erobre meningen med livet og bli frisk igjen. Oslo: Ex Libris.

Ventegodt, S. (1995). Måling av livskvalitet, Fra teori til praksis. København: Forskningscenterets forlag.

Ventegodt, S. (1995b). Livskvalitet i Danmark. Resultater fra en befolkningsundersøkelse. København: Forskningscenterets forlag.

Vollebæk, L.E. (1999). Helsefremmende sykehus. Tidsskriftet Sykepleien, 87 (11), 25-26.

Wasiutynski, J. (1998). Det kosmiske drama og drømmer om den kongelige vei på terskelen til en ny tid. Oslo: Pax Forlag.

Watson, J. (1999). Postmodern Nursing and beyond. London: Churchill Livingstone.

- Wifstad, Å. (2001). Når sykepleiere dreper. Tidsskriftet sykepleien, 2, 42-44.
- Williams, A. (1998). Therapeutic Landscapes in Holistic Medicine. Soc.Sci.Med, 46 (9), 1193-1203.
- Wiseman, N. and Ye, F. (1998). A practical Dictionary of Chinese Medicine. Brookline, Massachusetts: Paradigm Publications.
- Wright, S. (1991). Validity of the Human Energy Field Assessment Form. Western Journal of Nursing Research, 13 (5), 635-647.
- Xinnong, C. (1987). Chinese Acupuncture and Moxibustion. Beijing: Foreign Languages press.
- Yayama, T. (1999). Qi healing, The Way to a New Mind and Body. London: Kodansha International.
- Yasuo, Y. (1993). The Body, Self-Cultivation, and Ki-Energy. New York: State University of New York Press.
- Yu, B.W.M. (1997-98). Qigong power "Feel it...Capture it...Use it". Qi The Journal og Traditional Eastern Helth & Fitnes. 7 (4), 20-25.
- Zhang, M., Sun, X. (1985). Chinese Qigong Therapy. Shandong Science and Technology Press: Jinan, China.
- Aamdal, S.: (2000). Foredrag på konferansen om komplementær kreftbehandling 23-25 mars.