

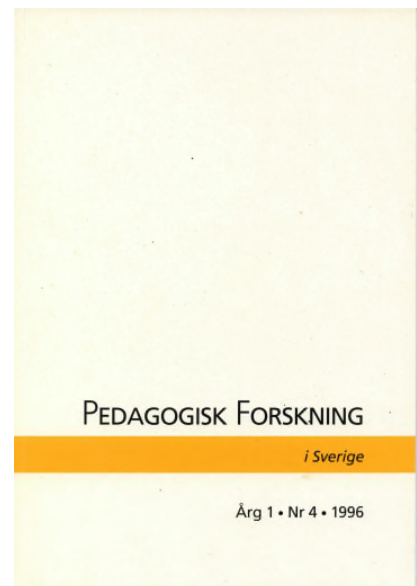
This document is an historical remnant. It belongs to the collection Skeptron Web Archive (included in Donald Broady's archive) that mirrors parts of the public Skeptron web site as it appeared on 31 December 2019, containing material from the research group Sociology of Education and Culture (SEC) and the research programme Digital Literature (DL). The contents and file names are unchanged while character and layout encoding of older pages has been updated for technical reasons. Most links are dead. A number of documents of negligible historical interest as well as the collaborators' personal pages are omitted.

The site's internet address was since Summer 1993 www.nada.kth.se/~broady/ and since 2006 www.skeptron.uu.se/broady/sec/.

FAKSIMIL

Donald Broady & Ingrid Heyman, "Omvårdnadsforskning. Ett vetenskapligt fält i vardande?", *Pedagogisk forskning i Sverige*, årg. 1, nr 4 1996, pp. 193-209.

Skannad 2015-09-10



Omvårdnadsforskning

Ett vetenskapligt fält i vardande?

DONALD BROADY

Institutionen för pedagogik, Lärarhögskolan i Stockholm

INGRID HEYMAN

Pedagogiska institutionen, Uppsala universitet

Sammanfattning: *Ett vetenskapligt fält i Pierre Bourdieus mening karaktäriseras av att det uppvisar en tillräcklig grad av självständighet i förhållande till andra fält. För att undersöka i vad mån svensk omvårdnadsforskning är på väg att bli ett vetenskapligt fält har samtliga avhandlingar skrivna av sjuksköterskor i Sverige under åren fram till 1991 analyserats. Materialet har kompletterats med bland annat en enkät till avhandlingsförfattarna. Slutsatsen är att omvårdnadsforskning är alltför splittrad för att fungera som ett fält. Området karaktäriseras av spänningar mellan tre poler: en biomedicinsk, en samhällsvetenskaplig och en mer snävt omvårdnadsorienterad. Verksamheten vid var och en av dessa tre poler har mindre gemensamt med varandra än med den medicinska vetenskapen, den universitetsbaserade samhällsvetenskapen respektive vårdsektorn och sjuksköterskeutbildningen. I synnerhet vilar arvet från medicinen tungt över den spirande nya vetenskapen.*

Under de senaste tjugo åren har en ny vetenskaplig domän, omvårdnadsforskning, vuxit fram i Sverige. En förutsättning har varit att sjuksköterskorna börjat skriva doktorsavhandlingar, klivit in i forskarvärlden och därmed tagit upp kampen med läkarna om monopolet på vetandet inom vårdområdet. Det har inte varit någon lätt uppgift. Kvinnor från ett yrkesområde utan akademisk respektabilitet betalar ett pris för att erövra doktorshatten. Vi skall här återge några resultat från en studie av omvårdnadsforskningens uppkomst och utveckling i Sverige.¹ Vi vill dessutom diskutera fältbegreppet, som varit det viktigaste redskapet i denna studie liksom i en rad besläktade pågående undersökningar.²

Fältbegreppet

Begreppet fält ingår i den verktygslåda som utvecklats av den franske sociologen Pierre Bourdieu och hans medarbetare. Kort sagt är ett fält – eller för att vara mer exakt: ett socialt fält eller, vilket är samma sak, ett konkurrensfält – ett system av relationer mellan positioner besatta av människor och institutioner som strider om något för dem gemensamt. Tag som exempel den medicinska vetenskapens fält i Sverige. Detta befolkas av forskare och ämnesföreträdare, forskningspolitiker, ledande forskningsadministratörer, redaktörer för medicinska tidskrifter med flera. Bland institutionerna finns Medicinska forskningsrådet, universitetens medicinska fakulteter, de forskningsintensiva klinikerna, läkemedelsindustrins forskningsenheter, vetenskapliga tidskrifter på området.

För att ett område skall kunna undersökas som ett socialt fält i Bourdieus mening, krävs att det uppnått en tillräcklig grad av autonomi, det vill säga en tillräcklig grad av självständighet i förhållande till utvärtes makter. Ett socialt fält är således per definition ett område med sina egna regler för hur kampen bedrivs. Det som framför allt står på spel i striderna inom det medicinska fältet är rätten att definiera vetenskaplig medicinsk kunskap. Där finns särskilda inträdeskrav, t ex doktorsgrad och framför allt en ådagalagd vilja att investera: den som vill träda in på fältet måste ha införlivat inte bara en uppsättning kunskaper och en teknisk kompetens utan även en bestämd hållning till medicinsk forskning. Man måste helt enkelt på ett övertygande sätt ha demonstrerat att man anser att spelet är värt att spelas. Där finns särskilda belöningar av både symbolisk art (utnämningar, erkännande som auktoritet inom någon medicinsk specialitet) och i snävare mening ekonomisk art (forskningsanslag). Där finns särskilda institutioner som avgör vilka forskningsresultat som skall räknas som värdefulla och vilka forskare som skall räknas som framgångsrika.

Fältet självt måste inrymma allt detta. Annars kan vi inte tala om ett socialt fält i Bourdieus mening. Om politiker eller journalister kan avgöra frågan om forskningsresultatens eller forskarnas värde, eller om belöningarna kommer från näringslivet eller massmedierna, i så fall är området inte autonomt. Då duger inte fältbegreppet och området måste undersökas med hjälp av andra verktyg. Men allt tyder på att medicinsk vetenskap i Sverige utgör ett i hög grad autonomt fält.

Saken kan också uttryckas så att människor och institutioner inom fältet är mer beroende av varandra än av omvärlden. En medicinare som presenterar sina forskningsresultat är mer beroende av kollegernas och konkurrenternas erkännande än av patienternas eller sjukvårdsadministratörernas eller politikernas uppskattning.

Det medicinska vetenskapliga fältet är således något annat än praktisk sjukvård. En kliniskt verksam läkare utan forskarambitioner deltar inte i spelet på det medicinska vetenskapliga fältet, som dock självfallet påverkas av sina nära relationer till andra fält och områden som politikens fält, administrationens fält, ekonomins fält (läkemedelsindustrin), sjukvården, utbildningsväsendet

Saken kompliceras ytterligare av att det svenska medicinska vetenskapliga fältet i hög grad är underordnat ett internationellt fält, där forskningsresultat och forskare måste accepteras för att ha en chans att vinna erkännande i Sverige. Vidare finns ett stort antal subfält, representerande skilda medicinska forskningstraditioner och specialiteter.

De olika fälten är således mer eller mindre sammanlänkade och kan vara inkapslade i varandra som kinesiska askar. Autonomi är aldrig total. När man studerar ett fält är en väsentlig uppgift att reda ut vari denna autonomi består och att fastställa dess gränser. Vad står på spel? Vilka investeringar, insatser och belöningar karaktäriserar spelet inom fältet? Finns det spelregler som dikteras utifrån, dvs var går gränserna för fältets autonomi? Svaret på sådana frågor ger besked om den fältets logik som tvingar sig på alla som där är verksamma.

Det medicinska vetenskapliga fältet är ett exempel på vad Bourdieu kallar "kulturella produktionsfält", dvs konst, litteratur, religion, vetenskap.³ Utmärkande för dessa fält är att det som framför allt står på spel är symboliska tillgångar, främst erkännande som konstnär, författare eller forskare. Vidare utmärks de kulturella produktionsfälten av att varje socialt fält motsvaras av ett "rum av möjligheter". Detta innehåller i litteraturens fall den uppsättning verkningsmedel som står till buds för en författare: alla de litterära verk man vid en viss tidpunkt har att förhålla sig till, alla tillgängliga teman, genrer och skrivsätt. På samma sätt är ett vetenskapligt fält förbundet

med ett rum av möjligheter som inrymmer alla de teorier, forskningstekniker, genrekra för vetenskapliga skrifter, bedömningskriterier, och liknande som deltagarna kan använda sig av.

Den här aktuella studien av omvårdnadsforskningens framväxt är en kartläggning av både de sociala positionerna och rummet av möjligheter, det vill säga å ena sidan omvårdnadsforskarnas sociala ställning och relationer till varandra och till institutionerna, å andra sidan deras ställningstaganden i vetenskapliga frågor. Den är därmed den första genomförda fullskaliga studien i Norden liknande dem som Bourdieu och hans medarbetare genomfört av kulturella fält.

Objektet, metoden, materialet

Är svensk omvårdnadsforskning ett fält i Bourdieus mening? Nej, åtminstone inte ännu, att döma av de resultat som presenteras nedan. Autonomi är ännu för svag. Vi kan således inte räkna med att de ovan nämnda fältmekanismerna styr omvårdnadsforskningen. Men fältbegreppet är ändå brukbart. Omvårdnadsforskning är ett exempel på ett fält i vardande. Där finns krafter som drar i riktning mot ett självständigt vetenskapligt fält och andra krafter som verkar i motsatt riktning.

Studiet av omvårdnadsforskningen kan lära oss något om villkoren även för andra områden – såsom socialt arbete eller didaktik – där man stöper om en tidigare praktisk verksamhet för att göra anspråk på hemortsrätt i den akademiska och vetenskapliga världen. Dessa villkor skiljer sig radikalt från situationen för de ämnen som avspjälkats ifrån det vetenskapliga fältet självt, som när exempelvis psykologijämnet växte fram inom pedagogikämnet.

Det finns många tänkbara sätt att undersöka omvårdnadsforskningen. Man kan välja att studera den hetsiga diskussionen om omvårdnadens natur och omvårdnadsforskningens uppgifter, den institutionella utvecklingen (t ex sjuksköterskeutbildningens reformering och inlemmande i högskolan), utvecklingen inom sjukvården, läkarkårens och sjuksköterskekårens professionella utveckling, eller utvecklingen inom besläktade områden såsom medicinens och psykologins fält. Allt detta berörs i den här aktuella studien, men tonvikten ligger vid den forskning som sjuksköterskor genomfört, och närmare bestämt deras avhandlingar. Det viktigaste underlaget är de 65 doktorsavhandlingar som framlagts av sjuksköterskor i Sverige fram till och med 1991. Avhandlingsförfattarna har även besvarat en enkät.

I vissa etapper av den statistiska bearbetningen har 6 avhandlingar sorterats bort eftersom de handlar om något helt annat än vård eller omsorg. Ett exempel är en avhandling om mellanneolitiska gravar på Gotland, skriven av den första sjuksköterska som disputerade i vårt land. Hennes namn var Gunborg Janzon, ämnet var arkeologi och året 1974. I övrigt har samtliga resterande 59 avhandlingar från perioden tagits med, oavsett ämnesval, forskningsmetoder och institutionstillhörighet. Därmed är också sagt att somliga av avhandlingarna inte tillfredsställer de existerande konkurrerande definitionerna på omvårdnad. Det tror vi är en fördel. Det kultursociologiska perspektiv vi anlägger förutsätter att man aktar sig för att överta definitioner och kategorier som alstrats inom det område man studerar, exempelvis omvårdnadsforskarnas egna uppfattningar om sin särart. Sådana definitioner och kategorier bör vara föremål för studium och inte undersökningsverktyg.

Ett större problem är att omvårdnadsforskning är mer än sjuksköterskors forskning. En fullständig kartläggning av den nya vetenskapens framväxt borde inkludera bidrag från läkare, terapeuter, samhälls- och beteendevetare, filosofer med flera. Detta är en begränsning i den föreliggande studien. Och omvänt: sjuksköterskors

forskning är mer än omvårdnadsforskning. Bland avhandlingsförfattarna finns åtskilliga som värjer sig mot att kallas omvårdnadsforskare. Men detta är egentligen inget problem, utan snarare en förutsättning för att vi skall få veta något vi inte kände till i förväg. Studien syftar just till att visa i vad mån omvårdnadsforskning är på väg att bli ett sammanhållet fält eller kanske specialiteter utspridda över flera olika existerande eller nya fält – eller kanske något helt annat.

Hur man än definierar omvårdnadsforskning är det uppenbart att sjuksköterskor varit och fortfarande är den grupp som betytt mest för dess framväxt. I den svenska debatten cirkulerar många olikartade definitioner av omvårdnad och omvårdnadsforskning. Inspirationen har ofta kommit från USA. Eftersom de viktigaste striderna inom detta spirande vetenskapliga fält gäller just rätten att definiera och bedöma omvårdnad och omvårdnadsforskning, kan vi aldrig förstå fälteffekterna om vi på förhand gör den ena eller den andra av alla dessa uppfattningar till vår egen, dvs om vi ansluter oss till det ena eller andra lägret i de pågående striderna. I stället väljer vi att utgå från en kartläggning av den forskning som faktiskt genomförts av sjuksköterskor.

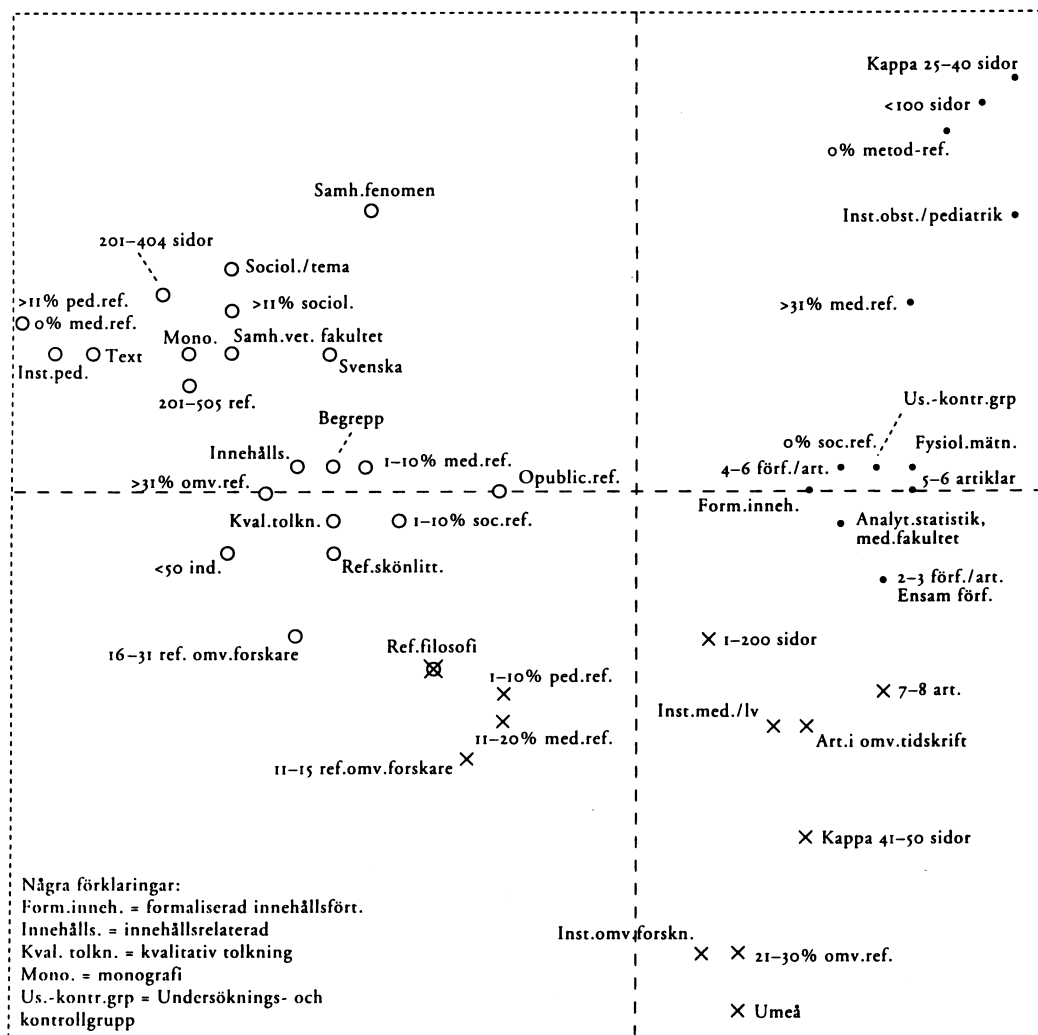
Rummet av möjligheter

En typisk avhandling skriven av en sjuksköterska bygger ofta på psykologisk teori, allt ifrån psykoanalys till beteendeterapi. Även pedagogiska, sociologiska och filosofiska teorier liksom nordamerikansk omvårdnadsteori förekommer, men i mindre utsträckning. Vad gäller metod och forskningstekniker är påverkan från biomedicinen mest påfallande. Empiristiska tekniker dominerar, data får "tala för sig själva" och mätningsskalor är centrala. Flera författare har utarbetat egna mätinstrument och skalor. Beträffande föremålet för forskningen handlar flertalet avhandlingar om klinisk omvårdnad och utgår från patologiska tillstånd. De framstår som en komplettering till den medicinska forskningen och syftar till att lösa praktiska behandlingsproblem. Problemformuleringarna är hämtade från vården och tanken är att resultaten på ett eller annat sätt skall bidra till att förbättra vården. En typisk avhandling är således i fråga om teori präglad av psykologiska traditioner och i fråga om forskningstekniker och ämne av medicinska traditioner.

Men vi är här mer intresserade av det särskiljande än av det typiska eller genomsnittliga. För att teckna det "rum av möjligheter" som breder ut sig för en sjuksköterska som vill ägna sig åt forskning, har vi letat efter de variationer i fråga om teorier, forskningstekniker och skrivsätt som skiljer avhandlingarna åt. Vi har då inte fäst oss vid de explicita programförklaringarna – av typen: jag använder en hermeneutisk-fenomenologisk teoretisk referensram – utan utgått från hur undersökningarna genomförts och avhandlingarna utformats.

För att hantera detta stora material, 65 avhandlingar, sammantaget omfattande ungefär 10 000 sidor och karaktäriserade med hjälp av många hundra variabler, har vi använt korrespondensanalys⁴, en multivariat teknik vars resultat kan åskådliggöras i form av kartor över fördelningar av egenskaper. Nedan finns en karta (Figur 1) över fördelningen av de egenskaper (variabelvärden eller modaliteter) vi använt för att karaktärisera avhandlingarna. Kartan ger en uppfattning om "rummet av möjligheter" i början av 1990-talet, det vill säga den vid denna tidpunkt tillgängliga ackumulerade reservoiren av teorier, forskningstekniker och skrivsätt. För att kartan skall bli lättare att läsa har vi nöjt oss med att skriva ut de egenskaper som är mest särskiljande.⁵

Den första faktorn, den starkaste polariteten, representerar en åtskillnad mellan en "biomedicinsk pol" (österut på kartan) och en "samhällsvetenskaplig pol" (västerut). En tredje pol (söderut) kan vi för enkelhets skull kalla "Umeå-polen".



Horisontell axel: faktor 1; förklaringsvärde 14 %; egenvärde 0,36
 Vertikal axel: faktor 2; förklaringsvärde 7,7 %; egenvärde 0,20

Figur 1. Rummet av möjligheter: fördelning av avhandlingarnas egenskaper (resultatet av en korrespondensanalys)

Vid den *biomedicinska polen* samlas avhandlingar (i Figur 1 representerade av en svart prick) vilka utformats enligt samma modell som då medicinare redovisar kliniskt kontrollerade försök. Författarna har i de flesta fall använt både undersökningsgrupp och kontrollgrupp, genomfört fysiologiska mätningar och bearbetat sina data med hjälp av analytisk statistik. Traditionen är utpräglat empiristisk, föga vikt läggs vid teoretisk och metodologisk argumentation. Släktskapen med medicinsk forskning framgår redan av avhandlingarnas litteraturlistor, med många referenser till medicinsk litteratur och fåtaliga referenser till samhällsvetenskaplig eller metodologisk litteratur. I en avhandling

förekommer uteslutande medicinsk litteratur i referenslistan. Avhandlingarna är framlagda vid medicinsk fakultet, oftast vid institutioner för obstetrik eller pediatrik.

Även skrivsättet följer den medicinska vetenskapens mall. Hela avhandlingen är av blygsamt omfång, mindre än 100 sidor. Vanligast är en sammanläggningsavhandling bestående av fem eller sex artiklar samt en så kallad kappa (ramberättelse) på mellan 25 och 40 sidor. De flesta artiklarna har flera författare, mellan 2 och 6. En annan viktig särskiljande egenskap är att kapitelrubrikerna utformats på "formalistiskt" maner, motsvarande olika steg i forskningsprocessen: Bakgrund, Syfte, Material och Metod, Resultat, Diskussion, Konklusion, Förslag till fortsatt forskning. En följd av denna formalistiska disposition är att innehållsförteckningen ger föga information om vad just denna avhandling handlar om.

De modaliteter som är mest särskiljande, i betydelsen att de lämnar det starkaste bidraget till upprättandet av den biomedicinska polen, är följande: fysiologiska mätningar (bidragsvärde: 28), 0% referenser till sociologisk litteratur (25), mer än 31% referenser till medicinsk litteratur (24), 0% referenser till metodologisk litteratur (18), 5-6 artiklar i sammanläggningsavhandling (18), 25-40 sidor i kappa (17), institution för obstetrik, gynekologi, pediatrik (16), undersöknings- och kontrollgrupp (16), analytisk statistik (16), framlagd vid medicinsk fakultet (16), omfång mindre än 100 sidor (15).

Vid *den samhällsvetenskapliga polen* återfinns avhandlingar (i Figur 1 representerade av ofyllda cirklar) som är jämförelsevis omfattande (mellan 201 och 404 sidor), skrivna på svenska språket och framlagda vid samhällsvetenskaplig fakultet (vid en pedagogisk eller sociologisk institution eller vid någon av Tema-institutionerna i Linköping). Framställningsformen är här mer argumenterande och teoretiska eller metodologiska överväganden mer framträdande. Innehållsförteckningen är sällan "formalistisk" utan som regel utformad så att kapitelrubrikerna ger läsaren en uppfattning om vad undersökningen handlar om. Ett exempel är en avhandling om omvårdnad som vetenskap där kapitlen är rubricerade "En disciplins utveckling", "Omvårdnadsforskningens identitet", "Vetenskap och praktiskt arbete", etc.

Föremålet för undersökningen är antingen ett begrepp - trygghet, biofili, internationalisering - eller ett samhälleligt fenomen, såsom förändringen av kvinnors kunskaper om barnafödande och läkewäxter i takt med att samhället moderniserats. Kunskapskällorna är antingen texter som avhandlingsförfattaren läst eller individer som observerats, intervjuats eller besvarat enkäter. Om informationen hämtats från individer har undersökningsgruppen varit ganska liten, mindre än femtio personer. Det insamlade materialet har mestadels analyserats kvalitativt.

Referenslistan är mer omfattande (mellan 201 och 505 titlar) och täcker betydligt fler ämnen i jämförelse med avhandlingarna vid den biomedicinska polen. Så mycket som var tredje referens avser litteratur inom ämnet omvårdnad, drygt var tionde referens avser pedagogik, något färre avser sociologi, men inga eller mycket få avser medicinsk litteratur. Däremot finns referenser till filosofi, etik, vetenskapsteori, skönlitteratur samt opublicerade källor. Ganska vanligt förekommande är officiellt tryck, som tex lagtexter, föreskrifter, läroplaner, offentlig statistik. Det är också intressant att notera att avhandlingsförfattarna hänvisar till andra sjuksköterskor som skrivit avhandlingar, vilket möjligen kan tolkas som ett tecken på framväxten av ett fält eller subfält där deltagarna uppmärksammar varandras insatser.

De modaliteter som mer än andra bidrar till att upprätta den samhällsvetenskapliga polen är: monografi, ej sammanläggningsavhandling (bidragsvärde 54), samhällsvetenskaplig fakultet (44), dataunderlaget utgörs av texter (42), innehållsrelaterad, ej formalistisk innehållsförteckning (41), omfång 201-404 sidor (40), pedagogisk

institution (38), kvalitativ analys (34), referenslistan omfattar 201–505 titlar (27), skriven på svenska språket (24), mer än 11% referenser till pedagogisk litteratur (24), 0% referenser till medicinsk litteratur (23).

Den första faktorn pekar således på en polaritet som framför allt ställer medicinska vetenskapstraditioner och skrivsätt mot samhällsvetenskapliga dito. Vi kan så här långt skönja få tecken på att ett samlat omvårdnadsvetenskapligt produktionsfält skulle vara under utveckling. Det rör sig snarare om två åtskilda verksamheter som har mer gemensamt med de vetenskapliga och institutionella villkoren vid medicinsk respektive samhällsvetenskaplig fakultet än med varandra. Men saken kompliceras när vi betraktar den andra faktorn, som är mer svårtolkad men förefaller skilja de renodlat omvårdnadsinriktade avhandlingarna från övriga.

Om den norra polen på kartan i Figur 1 finns inte mycket att säga. Den upprättas framför allt av egenskaper av så att säga negativ natur. I referenslistorna finns exempelvis 0% metodisk litteratur, 0% psykologisk litteratur och 0% omvårdnadslitteratur. Det enda gemensamma synes vara att avhandlingarna i detta hörn av rummet inte är bidrag till omvårdnadsforskning i snävare mening.

Den södra polen, som vi väljer att kalla *Umeå-polen*, är intressantare. Avhandlingarna som hopar sig här representeras av kryss i Figur 1. De egenskaper som bidragit till att upprätta denna pol är: framlagd vid Umeå universitet (bidragsvärde 71), framlagd vid institution för omvårdnad (61), kappans omfång 41–50 sidor (42), 21–30% referenser till omvårdnadslitteratur (42), en eller flera artiklar i en sammanläggningsavhandling har tidigare varit publicerade i omvårdnadstidskrift (37), referenser till filosofi, etik och vetenskapsteori förekommer (23), framlagd vid institution för medicin, långvård, geriatrik (22), omfång 101–200 sidor (18), 11–20% referenser till medicinsk litteratur (16), 1–10% referenser till pedagogisk litteratur (15), 11–15 referenser till övriga bland de 65 avhandlingsförfattarna (14).

I vissa avseenden intar avhandlingarna som tillhör detta kluster en mellanställning mellan den biomedicinska polen och den samhällsvetenskapliga polen. Det gäller exempelvis omfånget samt i fråga om sammanläggningsavhandlingar kappans omfång (41–50 sidor). Sammanläggningsavhandlingar är vanliga och består av sju eller åtta artiklar, något fler än vid den biomedicinska polen. Referenslistorna karaktäriseras av en ganska jämn fördelning mellan omvårdnad och medicin. Övriga referenser avser pedagogisk och samhällsvetenskaplig vårdlitteratur samt filosofisk, etisk och vetenskapsteoretisk litteratur.

Hypotesen ligger nära till hands att Umeå-polen och regionen däromkring skulle representera en kärna till ett framtida mer självständigt omvårdnadsforskningsfält. Vissa institutionella förhållanden pekar i den riktningen, exempelvis att författarna publicerat en eller flera artiklar i vetenskapliga tidskrifter inom omvårdnadsområdet. Men annat talar emot. I avhandlingarna i närheten av Umeå-polen förekommer visserligen referenser till omvårdnadslitteratur och till andra bland de 65 avhandlingsförfattarna, men faktiskt i något mindre utsträckning än vad som är fallet vid den samhällsvetenskapliga polen. Avhandlingarna vid Umeå-polen skiljer sig från avhandlingarna vid den biomedicinska polen främst genom att de är något mer omfattande och har en mer varierad litteraturlista som innefattar litteratur från fler ämnesområden.

Det är svårt att i fråga om vetenskapliga traditioner, teorier eller forskningstekniker skönja någon utpräglad egenart som skulle utmärka avhandlingarna vid Umeå-polen. De utmärker sig framför allt genom att så många bland dem är framlagda i Umeå, och där vid Institutionen för omvårdnad.⁶ Det finns en social förklaring till detta förhållande. Umeå var helt enkelt först med institutionsbygget. När den första svenska

professuren i omvårdnadsforskning tillsattes i Umeå 1987 hade innehavaren, Astrid Norberg, redan sedan 1980 varit tillförordnad på en tjänst i ämnet. Kursverksamheten hade varit intensiv och presumtiva forskarstuderande hade lockats till Umeå.

Vi kan sammanfattningsvis konstatera att avhandlingarna grupperar sig i tre kluster som vi valt att etikettera "biomedicin", "samhällsvetenskap" och "Umeå", och som i Figur 1 representeras av prickar, ofyllda ringar respektive kryss.

För undvikande av missförstånd bör tilläggas, att dessa resultat självfallet är beroende av den metod vi valt och måste tas för vad de är. Den statistiska korrespondensanalysen åstadkommer inget annat än ett system av relationer mellan egenskaper. Egenskaper som ofta förekommer i en och samma avhandling (tex stort omfång, 0% referenser till medicinsk litteratur) hamnar nära varandra på kartan, egenskaper som sällan eller aldrig förekommer i en och samma avhandling (tex att kappan är kort, att avhandlingen är framlagd i Umeå) hamnar långt från varandra på kartan. Tolkningen av dessa relationer, exempelvis vårt sätt att indela avhandlingarna i kluster och att benämna dessa kluster, är inget resultat som med automatik följer av den statistiska bearbetningen.

Vidare ger korrespondensanalysen besked om vilka egenskaper som är de mest verksamma när det gäller att strukturera rummet. Endast sådana starkt verksamma egenskaper har tagits med i Figur 1, vars struktur skapats med hjälp av en mycket större mängd data som beskriver avhandlingarna, sammanlagt flera hundra modaliteter. Någon läsare kanske invänder att somliga egenskaper är triviala och att andra vore intressantare. Men korrespondensanalysen förutsätter att man så långt som möjligt undviker att bygga in sina egna förutfattade meningar i undersökningen. Om vi redan från början valt ut vissa aspekter som vi själva önskade prioritera eller som spelar roll i debatten – författarnas kön, ställningstaganden för eller mot hermeneutik eller positivism – hade vi punkterat möjligheterna att av analyserna lära något vi inte trodde oss veta redan på förhand. Varje egenskap eller modalitet väger således lika tungt när den matas in i korrespondensanalysen. Om det verkligen är så att en egenskap som exempelvis förekomsten av fysiologisk mätning är särskiljande, i så fall skall detta framgå av analysen. Och att den nämnda egenskapen är särskiljande innebär att den samvarierar med en mängd andra egenskaper (inga referenser till sociologisk litteratur, mer än 31% referenser till medicinsk litteratur, etc).

Därmed också sagt att det viktigaste resultatet av den analys som sammanfattas i Figur 1 inte är fördelningen av enskilda egenskaper eller varje enskild avhandlings placering i ett eller annat kluster. Sådana enskildheter kan bero på tillfälligheter och får inte övertolkas. Viktigare är att vi får ett grepp om rummets struktur, som vi kan föreställa oss ungefär som ett magnetfält, genomkorsat av kraftlinjer och definierat av poler som attraherar eller repellerar de sjuksköterskor som där inträder. De orienteringsmöjligheter och rörelseriktningar som öppnar sig för varje enskild sjuksköterska beror på det bagage hon bär med sig i form av tidigare erfarenheter och andra tillgångar samt hennes institutionella placering. Figuren ger med andra ord en bild av "rummet av möjligheter", den uppsättning explicita eller implicita ställningstaganden till vetenskapliga och genremässiga frågor som stod till buds vid den tidpunkt då studien slutfördes, tidigt 1990-tal: vilka är kraven på vetenskaplighet, vilka teorier eller forskningsmetoder är legitima, hur skall en avhandling skrivas?

Rummet av möjligheter är således ett "rum av ställningstaganden". Förutsatt att vi har att göra med ett fullt utvecklat relativt autonomt fält, motsvaras rummet av ställningstaganden av ett "rum av ställningar" eller "rum av sociala positioner". Bourdieus hypotes, som han försökt leda i bevis i många undersökningar, är att de två

rummen är homologa. Om omvårdnadsforskning vore ett fullt utvecklat fält skulle avhandlingsförfattarna vara fördelade på olika positioner i ett sådant rum av sociala positioner. Vi skall i nästa avsnitt pröva en sådan analys.

Rummet av sociala positioner

Först ett varningsord. Vi har redan nämnt åtskilliga indicier på att omvårdnadsforskning knappast är ett fullt utvecklat sammanhållet vetenskapligt fält. Därav följer att området egentligen inte är lämpat att analyseras som om det vore ett fält i Bourdieus mening. Det följande skall således inte uppfattas som en kartläggning av något omvårdnadsforskningens sociala fält. Syftet är enbart att fånga sociala relationer mellan olika grupper bland de sjuksköterskor som givit sig in i forskarvärlden.

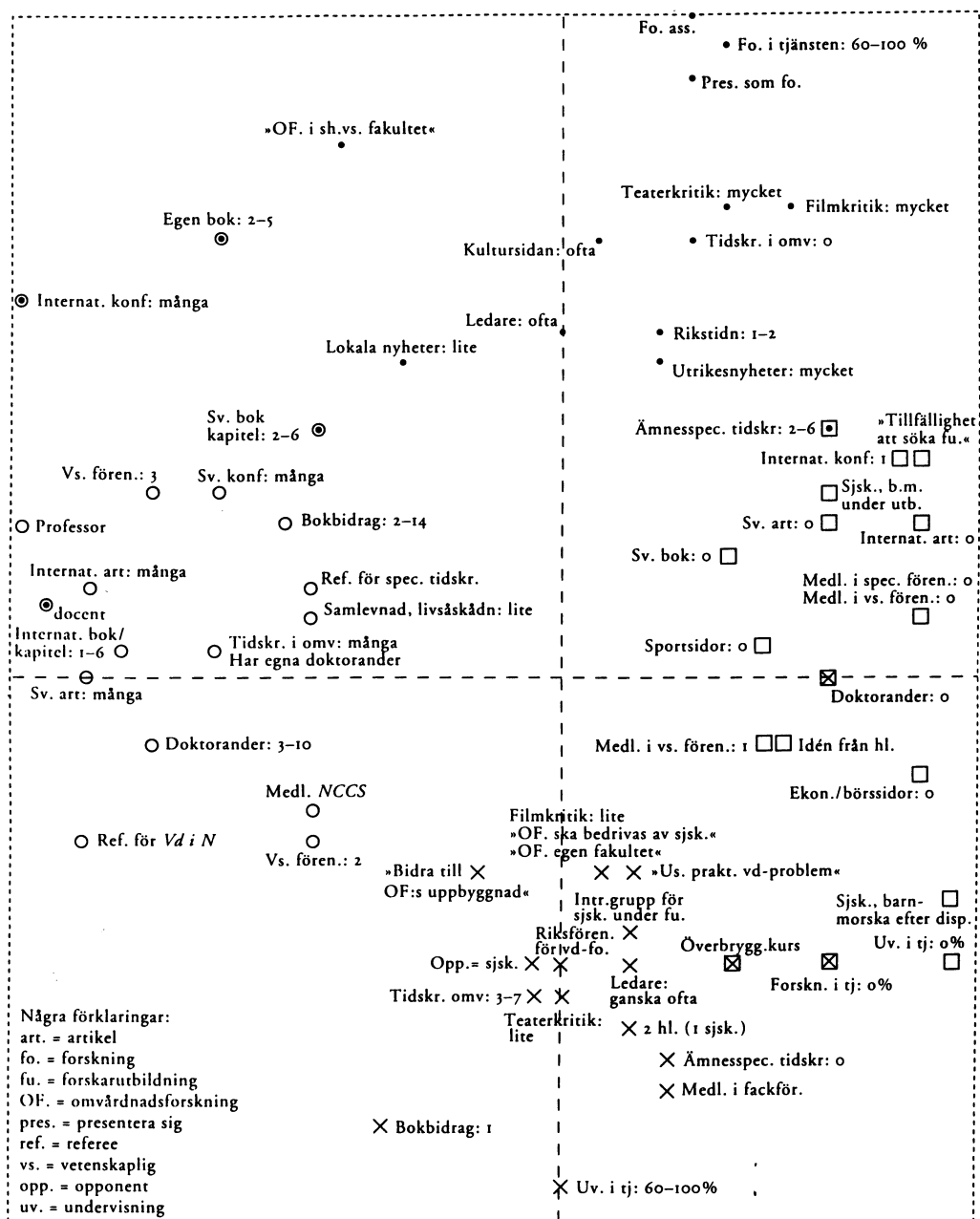
Materialet är främst hämtat från en enkät som besvarats av avhandlingsförfattarna (svarsfrekvens 94%). Enkätens främsta syfte var att skaffa information om vad avhandlingsförfattarna hade i bagaget – socialt ursprung, kön, utbildningsbakgrund, institutionstillhörighet, etc – när de gav sig in i forskarutbildningen samt de tillgångar de förvärvat därefter, i synnerhet sådant som kan betraktas som investeringar i vetenskapligt kapital, t ex publicering i vetenskapliga tidskrifter, handledning av doktorander.

Dessutom ger enkätmaterialet möjligheter att identifiera de dominerande positionerna. De som besätter dessa dominerande positioner har makt och myndighet att besluta i frågor som avgör omvårdnadsforskningens inriktning och framtid, exempelvis utformningen av forskarutbildningen, urvalet av dem som antas till forskarutbildningen, vilken slags artiklar som får publiceras, hur forskningsansökningar skall skrivas och vilka som skall beviljas medel. (Återigen vill vi påminna om begränsningen i den föreliggande studien. Eftersom det område vi studerar inte är ett självständigt fält, är deltagarna beroende av dominerande positioner som befinner sig på annat håll, exempelvis inom den medicinska vetenskapens eller utbildningsadministrationens fält. För en fullt genomförd analys av systemet av sociala relationer skulle vi behöva inkludera information om dominerande positioner inom medicinens och samhällsvetenskapens fält, Medicinska forskningsrådet, högskolepolitiken mm.)

I bearbetningen av enkätmaterialet och annan kompletterande information har vi skiljt mellan olika arter av kapital⁷. En allmän slutsats är att det nedärvda kapitalet spelar jämförelsevis liten roll när det gäller placeringen på olika positioner inom området. Betydelsen av föräldrarnas yrke eller författarens kön överskuggas med andra ord av andra karaktäristika såsom institutionstillhörighet och utbildningskapital. Bland de 65 avhandlingsförfattarna var 60 kvinnor och 5 män. Medelåldern vid disputation är förhållandevis hög, 48 år. (Inom ämnena sociologi och nationalekonomi var man i genomsnitt 12 respektive 14 år yngre.)

Utbildningskapitalet var av synnerligen skiftande art och omfattning. Skolunderbyggnaden varierade från realexamen eller kurs vid folkhögskola till studentexamen alternativt gymnasiekompetens. Grundutbildningen vid högskolan spände från ingen utbildning alls till licentiatexamen. Samma heterogenitet karaktäriserade forskarutbildningen, där somliga inte läst några kurser och andra upp till 95 poäng.

Figur 2 nedan visar resultatet av en korrespondensanalys som bygger på information om avhandlingsförfattarnas vetenskapliga kapital och akademiska makt. Som indikatorer på innehav av vetenskapligt kapital – prestige eller anseende i den vetenskapliga världen – används uppgifter om det vetenskapliga författarskapets inriktning och omfattning, internationella och nationella kontakter, deltagande i konferenser och nätverk. Som indikatorer på akademisk makt används uppgifter om



Figur 2. Rummet av sociala positioner: fördelning av vissa av avhandlingsförfattarnas egenskaper, i synnerhet vetenskapligt kapital och akademisk makt (resultatet av en korrespondensanalys)

bla tjänst, deltagande i betygsnämnd, uppdrag som fakultetsopponent, medlem i anslagsgivande organ. Korrespondensanalysen pekar ut två viktiga polariteter.

Den första faktorn åtskiljer en dominerande pol där individerna besitter ett stort mått av vetenskapligt kapital och akademisk makt, och en dominerad pol där individerna har föga av dessa tillgångar. Vid den dominerande polen (västerut i Figur 2) finns de (markerade med cirklar) som ofta innehar professorstjänst eller docentur. De har handlett många doktorander, fungerat som referees för både omvårdnadstidskrifter – exempelvis *Vård i Norden* – och vetenskapliga specialtidskrifter, deltagit i ett stort antal ("flera dussin", "så många att det är omöjligt att hålla reda på dem", "har tappat räkningen", för att citera ur enkätsvaren) konferenser i Sverige och utomlands och är medlemmar i en eller flera vetenskapliga föreningar. De har skrivit mängder med artiklar, böcker eller antologibidrag på svenska och engelska, och uppger att de läser flertalet relevanta tidskrifter inom omvårdnadsområdet. Vid denna pol finner vi således de etablerade och dominerande. Det är fråga om första generationens omvårdnadsforskare, de som haft tid och möjlighet att ackumulera vetenskapligt kapital och akademisk makt.

Den motsatta dominerade polen (österut i Figur 2) samlar de avhandlingsförfattare (markerade med en fyrkant) som saknar sådana tillgångar. De saknar ofta egentlig forskningsförberedande utbildning och har i stället gått en överbryggande kurs. De tjänstgjorde vanligen som sjuksköterskor eller barnmorskor både under forskarutbildningen – då de således varken hade utbildningsbidrag eller doktorandtjänst – och vid den tidpunkt då de besvarade enkäten. De uppger att det närmast var en tillfällighet att de sökte forskarutbildning och att idén till avhandlingsämne härrörde från handledaren. De har inte skrivit några artiklar efter disputationen, har sällan deltagit i konferenser, saknar möjlighet till forskning inom nuvarande tjänst och har heller inte egna doktorander.

Den andra faktorn kan tolkas som en polaritet som berör forskningsinriktning och skiljer dem som är inriktade mot omvårdnad i snävare mening från övriga, vilka i många fall inte alls vill klassificeras som omvårdnadsforskare.

Vid den förstnämnda "omvårdnadspolen" (söderut i Figur 2) samlas de (markerade med kryss) som verkar för att göra en egen disciplin av omvårdnad. Deras väg från yrkesverksamheten in i forskarutbildningen var inte den traditionellt akademiska utan en så kallad överbryggande kurs i forskningsmetodik eller omvårdnad. De har varit medlemmar i föreningar för omvårdnadsfrågor. De hade vanligen en sjuksköterska som handledare eller biträdande handledare och likaledes en sjuksköterska som opponent under disputationen; i många fall var två eller tre av betygsnämndens ledamöter disputerade sjuksköterskor. De läste många tidskrifter i omvårdnad men knappast andra vetenskapliga tidskrifter. De gav uttryck för uppfattningen att omvårdnadsforskning borde utgöra en egen fakultet och i första hand skall bedrivas av sjuksköterskor. Detta är andra generationens omvårdnadsforskare, som fostrats av den första generationens omvårdnadsforskare men genomfört mindre av egna akademiska eller intellektuella investeringar. Den dominerande polen (västerut) och den nyss nämnda "omvårdnadspolen" (söderut) representerar två generationer, där den ena danat, handlett och bedömt den andra. I spänningfältet mellan dessa två poler kan ett vetenskapligt fält i vardande möjligen komma att utkristalliseras.

Till sist finner vi (norrut i Figur 2) de forskare (markerade med en prick) som gör motstånd mot att räknas som omvårdnadsforskare. De har oftast studentexamen. De har gjort jämförelsevis tunga akademiska investeringar, och odlar även sin allmänna intellektuella kompetens: de uppger att de brukar läsa en eller två rikstäckande

morgontidningar och där mycket av ledarsidan, kultursidorna och teater- och filmkritik. De följer ett antal (mellan 2 och 6) vetenskapliga periodica, men inga tidskrifter i ämnet omvårdnad. Åtskilliga bland dem innehar en tjänst som forskarassistent, en tjänst som ger möjlighet till forskning på nära nog heltid. De hade oftast deltagit i många internationella och nationella konferenser och skrivit flera böcker. De är inte sällan gifta med läkare. Vid denna pol samlas således de som skapat sig en intellektuell och akademisk livsstil och som gärna identifierar sig som forskare, dock inte som omvårdnadsforskare.

Andra analyser ger kompletterande information. En korrespondensanalys⁸ som bygger på enkätens uppgifter om nedärvt kapital, familjeförhållanden och utbildningskapital ger som resultat en första faktor som framför allt berör föräldrarnas utbildningsnivå. Mot å ena sidan dem som haft högskoleutbildade föräldrar och vuxit upp i en mellanstor stad, står å andra sidan döttrar till lågutbildade föräldrar, i många fall jordbrukare. Den egenskap som allra starkast bidrar till att upprätta den förstnämnda dominerande polen är dock förhållandet att vara ogift (här finns, för den som menar sig kunna hantera de forskningsetiska problemen, ett uppslag till en sexualpolitisk studie av omvårdnadsforskningens dominansförhållanden). Den andra faktorn kan vi lämna därhän, men det kan nämnas att den tredje faktorn pekar ut förhållandet att vara gift med en läkare (det gäller 10 av de 65 avhandlingsförfattarna).

Vi har även genomfört omfattande korrespondensanalyser som bygger på all den nämnda informationen om såväl avhandlingarna som avhandlingsförfattarna.⁹ Ett viktigt resultat var att sociala karaktäristika (socialt ursprung, familjeförhållanden, etc) visade sig vara mindre utslagsgivande. Skillnaderna låter sig framför allt förklaras av ställningstaganden i fråga om vetenskapliga frågor och skolbildningar. Det avgörande är således den forskningsmiljö till vilken den blivande doktorn knyts, den tankestil som där odlas och de forskningstraditioner som där förvaltas.

Förhållandet till medicinens fält

Relationen mellan medicin och omvårdnadsforskning bär många spår av den traditionella hierarkiska relationen mellan läkare och sjuksköterska. Redan vid sjuksköterskeskolorna, där läkare ofta fungerade som lärare, fick eleverna förutom allt annat också lära sig sin plats i hierarkin. Fram till utbildningsreformen 1965/1966, då Skolöverstyrelsen övertog ansvaret, var Medicinalstyrelsen huvudman för sjuksköterskeutbildningen. Själva arbetssituationen i vården, präglad av underordning i förhållande till läkarna, hade sin motsvarighet i andra sammanhang såsom när medverkande sjuksköterskors namn utelämnades i samband med publicering av vetenskapliga artiklar eller läroböcker.

I och med omvårdnadsforskningens framväxt antog denna hävdvunna hierarkiska relation nya former, kanske mest synlig i förhållandet mellan handledare och doktorand. Flertalet av de avhandlingar (42 av 65) som ingår i vår studie har framlagts vid medicinsk fakultet. Här har doktoranden haft minst en och ofta flera läkare som handledare. Visserligen fungerade naturligt nog fler disputerade sjuksköterskor som handledare mot slutet av undersökningsperioden, men fortfarande är det vanligare att läkare är handledare.

En doktorand är synnerligen beroende av förhållandet – som oftast blir mycket personligt – till handledaren. Att doktoranden måste underordna sig är själva poängen med detta slags lärlingsutbildning. Hon skall visa sig värdig att inträda i ett skrå som representeras av handledaren och där särskilda spelregler gäller. Avhandlingsarbetet och doktoranden själv måste formas så att inträdet blir möjligt. Handledaren förmedlar

traditionen och delar med sig av sitt kunnande: förtrogenhet med litteraturen, nationella och internationella kontakter inom den egna specialiteten, vetenskaplig terminologi, teorier, metoder, tekniker. Samtidigt får doktoranden lära vad som är värt att forskas om, vilka verk som anses föredömliga inom en viss specialitet, vilka tidskrifter som betraktas som mest meriterande när man skall publicera sig och vilka som helst skall undvikas. Förhållandet till handledaren brukar haverera om doktoranden envisas med att tala ett annat språk, intresserar sig för helt andra forskningsområden eller odlar avvikande uppfattningar om hur forskningsproblemen skall hanteras.

Det har självfallet påverkat den svenska omvårdnadsforskningens första period att två tredjedelar av de nya forskarna handletts av medicinare. Deras avhandlingar bär stark prägel av språkbruk, teorier och forskningstekniker avpassade för den medicinska forskningens behov. Även på annat sätt än via handledarnas personliga insatser har medicinens traditioner haft ett tungt inflytande på omvårdnadsforskningen. De omvårdnadsmodeller som haft störst genomslag i avhandlingarna bygger på medicinsk praktik och vetenskap. Ett exempel är Dorothea Orems modell som visserligen hyllar egenvård men bygger på medicinskt perspektiv och språkbruk.

Dessutom har läkare i stor omfattning varit opponenter när sjuksköterskor disputerat, närmare bestämt tre gånger så ofta i jämförelse med de fall när en forskarutbildad sjuksköterska fungerat som opponent. Ett liknande förhållande har gällt ledamöter i betygsnämnder. Det är inte förvånande med tanke på att det rör sig om den period när sjuksköterskorna börjar skaffa sig formell kompetens att fungera som opponent eller betygsnämndsledamot. Faktum kvarstår dock att den nya vetenskapen under det formativa skedet präglades av medicinens dominans.

Detta dominansförhållande kan även formuleras i termer av kön. Bland avhandlingsförfattarna var flertalet (60 av 65) kvinnor, medan handledare, opponenter, betygsnämndsledamöter och andra representanter för den etablerade vetenskapen oftast var män.

Många omvårdnadsforskare har haft som ambition att frigöra sig och den nya vetenskapen från medicinens dominans. I debatten hävdas ofta att omvårdnadsforskning handlar om något annat – hela människan, omsorg, empati, humanitet – än den medicinska vetenskapen som brukar anklagas för teknisk rationalitet, positivism, fragmentering och en snäv uppfattning om sjukdom och hälsa. Men detaljgranskningen av sjuksköterskornas avhandlingar visar att flertalet, även de med anspråk på att företräda ett nytt slags vetenskap, i många avseenden präglas av den medicinska vetenskapens metoder och genrekrav.

Omvårdnadsforskningen har utmanat medicinarnas monopol på legitim vetenskaplig kunskap om hälsa och vård. Men det är inte hela sanningen. Många omvårdnadsforskare har hämtat legitimeringsverktyg från medicinen. De flesta avhandlingar är präglade av medicinska forskningstraditioner. Och medan i många andra länder läkarna spärrat vägen för sjuksköterskornas inträde i den vetenskapliga världen, har deras svenska kolleger varit anmärkningsvärt aktiva i att stödja sjuksköterskornas akademiska ambitioner och den nya disciplinens utveckling. När sjuksköterskor började göra anspråk på delaktighet i forskarsamhället bistod Medicinska forskningsrådet redan tidigt, från och med 1976, med kunnande och organisatoriskt och ekonomiskt stöd. Rådet inrättade tjänster både för doktorander och på post-doktorsnivå, konstituerade arbetsgrupper, arrangerade seminarier och konferenser, bekostade tämligen frikostigt sjuksköterskors forskning och bidrog också tidigt till metodutvecklingen.

Debattinlägg i Läkartidningen visar att den nya omvårdnadsforskningen uppfattades som ett hot eller åtminstone som en oönskad komplikation ”/.../ omvård-

nadsbegreppet [har] kommit att bli en bricka i ett fackpolitiskt spel". (41/1990 s 3247) "Onekligen har begreppet omvårdnadsforskning orsakat oro, undran och stundom löje bland läkare och medicinska forskare som sett detta 'påfund' som en konkurrent om knappa forskningsresurser." (43/1982 s 3869) En lösning på problemet kunde vara att helt enkelt ta hand om den nya vetenskapliga specialiteten: "Forskningen hör naturligt hemma i den medicinska fakulteten. Vi ser den inte som ett hot utan en vidgning." (42/1982 s 3763) En annan lösning kunde vara att försäkra sig om att det finns utrymme för medicinare även om ämnet blir självständigt: "/.../ omvårdnadsforskningen är – och bör vara – ett tvärvetenskapligt ämne som utnyttjar kunskap inom många olika discipliner". (10/1985 s 807) Det fanns således varierande bud på vad man borde göra åt saken, men de läkare som yttrade sig i debatten förenades i övertygelsen att sjuksköterskorna inte klarar sig själva utan behöver bistånd från den medicinska vetenskapen. För att citera ur en redaktionell text i Läkartidningen (43/1982 s 3869):

Risken är att forskningen blir mångfacetterad men ytlig – något som emellertid inses av disciplinens företrädare själva. Det är således angeläget att stödja metodutvecklingen på omvårdnadsforskningens område och önskvärt att läkare i största möjliga utsträckning engagerar sig som handledare för att bidra med sin kompetens.

Svenska medicinares förhållandevis välvilliga hållning till omvårdnadsforskning kan tolkas som en inklusionsstrategi, som syftar till att inlemma en stor del av den nya vetenskapen och de nya forskarna i den medicinska vetenskapen. Vi har funnit ganska få exempel på den motsatta strategin, exklusion, som innebär att nykomlingarna stängs ute. Två sjuksköterskor har under den aktuella perioden avrått från att lägga fram sina avhandlingar vid "sina" institutioner inom medicinsk fakultet. Den ena arbetade om sin avhandling och fick den sedermera godkänd inom den egna institutionen. Den andra valde att disputerat vid ett utländskt universitet. Det medicinska vetenskapliga fältet är troligen så stabilt att det dels tål ett fåtal forskare med sjuksköterskebakgrund utan att läkarnas positioner rubbas, dels formar dessa nykomlingar till att i de flesta fall acceptera fältets doxa, de grundläggande trosföreställningar som omfattas av alla som deltar i spelet. Avhandlingarna och enkätsvaren visar att det bland de sjuksköterskor som disputerat vid medicinsk fakultet finns åtskilliga som själva inte alls önskar bli betraktade som omvårdnadsforskare. De är mer intresserade av att vinna erkännande som "redbara medici".

Det finns således en intressant spänning inom den spirande svenska omvårdnadsforskningen. Å ena sidan präglas området av arvet från den medicinska vetenskapen, å andra sidan finns ambitionen att skapa något nytt. Ungefär två tredjedelar av de avhandlingar som granskats i denna studie är kliniska studier som belyser patienters problem eller sjuksköterskors arbete. Oftast utgår problematiken från en sjukdom eller ett sjukdomssymptom, och forskningstekniker och presentationsformer är vanligtvis hämtade från biomedicinen, medan teorierna oftare härrör från individualpsykologin. Påfallande är att perspektivet är så individorienterat. Tre fjärdedelar av avhandlingarna har individer som objekt, varav drygt hälften handlar om sjuka människor och återstoden om elever, studenter, anhöriga eller personal. Mot denna faktiska forskning sådan den framträder i avhandlingarna kontrasteras idealbilden av ett nytt slags vetenskap: hela människan och hennes omgivning skall beaktas, känslor och erfarenheter skall tillmätas minst samma vikt som fysiologiska sakförhållanden, det snåla individualpsykologiska perspektivet skall vidgas till att omfatta kulturella, sociala och etiska aspekter.

Det är naturligt att en ny vetenskap lånar från etablerade legitima vetenskaper, men för att kunna etablera sig som ett eget fält måste den också skapa något unikt. Inom den svenska omvårdnadsforskningen har inspirationen till nytänkande i hög grad kommit från den nordamerikanska debatten; även europeiska traditioner såsom hermeneutik, fenomenologi och psykoanalys har importerats i versioner som formats i den nordamerikanska debatten. Vidare finns specifika nordiska inslag, främst vissa etiska och religionsfilosofiska inslag (exempelvis hänvisningar till Knud Løgstrup), som utgör alternativ till medicinens eller individualpsykologins dominerande modeller. Men det viktigaste arvet är förstås det som härrör ur sjuksköterskors arbete.

På väg mot ett vetenskapligt fält?

Omvårdnadsforskning har i hög grad varit sjuksköterskornas angelägenhet. I denna kvinnovärld utan tidigare akademiska traditioner har omvårdnadsforskningen bidragit till en ny förståelse av yrkets mening och erbjuder möjligheter till social uppstigning och akademiskt erkännande. Det är sant att fortfarande bara en liten minoritet, i skrivande stund ungefär 150, mindre än 2 promille, bland Sveriges ungefär 85 000 sjuksköterskor erövrat doktorsgraden. Att denna förtrupp existerar, att forskningsmiljöer skapats och inte minst etableringen av omvårdnad som undervisningsämne har ändå betytt mycket. Hela sjuksköterskekåren har fått ett nytt slags kollektivt självförtroende. En annan fråga är om omvårdnadsforskningen blivit ett vetenskapligt fält. Den uppvisar vissa drag som indikerar att ett vetenskapligt fält (eller subfält) kan vara på väg att formas, men det mesta tyder på att det är långt kvar innan omvårdnadsforskningen uppnått en sådan grad av autonomi att den kan börja fungera som ett fält.

Ett tecken på att autonomi förstärks är att forskarna i allt högre grad samverkar med och i sina arbeten hänvisar till varandra och utländska kolleger. De bygger upp egna institutioner och forskningsmiljöer, besätter särskilda professors- och lektorstjänster och etablerar egna forskningstraditioner och belöningsmekanismer, nätverk och föreningar, tidskrifter, rapportserier och andra publiceringsfora. Ett annat tecken är att området börjar få sin historieskrivning, vilket brukar utmärka mer autonoma fält (föreliggande studie medverkar på så sätt möjligen i någon liten mån till att göra omvårdnadsforskningen till ett fält). Ännu ett tecken är själva intensiteten i striden om det gemensamma som står på spel inom området, nämligen frågan om vad omvårdnad och omvårdnadsforskning är och bör vara. Ett tredje tecken på autonomi är helt enkelt att det förekommer strider inom fältet, motsatta positioner, skilda ståndpunkter i vetenskapliga frågor – vilket allt hör hemma inom området självt och inte lånats in utifrån. I någon mån är en sådan pluralism för handen inom omvårdnadsforskningen, där somliga använder narrativ teknik och andra psykologiska eller fysiologiska mätinstrument, och där somliga ägnar sig åt vårdpedagogik, andra åt mor-barnforskning och åter andra åt studier av livskvalitet.

Å andra sidan finns många krafter som motverkar autonomi. Forskningstraditioner och ställningstaganden är ofta lån från andra vetenskapliga fält. Med tiden kommer de kanske få en mer egen utformning, men så har ännu knappast skett i större skala. Bland alla vetenskapliga fält har, som framgick, det medicinska betytt mest för omvårdnadsforskningens framväxt, och här har övertagandet av vetenskapliga verktyg som regel varit tämligen oförmedlat. Även andra vetenskaper har, inte minst via handledarnas förmedling, försett de blivande omvårdnadsforskarna med språkbruk, teorier och forskningstekniker. Men bland handledarna har medicinarna varit fler än psykologerna eller pedagogerna. Dessutom har medicinarna gjort anspråk på att införliva omvårdnadsforskning som ett område inom eller närbesläktat med den egna

vetenskapen. Sådana ambitioner har saknats inom andra vetenskapliga discipliner, där man nöjt sig med att upprätta allianser med omvårdnadsforskningen.

I någon mån börjar det symboliska kapitalet att förvaltas och de symboliska vinsterna att fördelas inom omvårdnadsforskningens eget område. Här finns numer professorer och docenter som handleder doktorander, opponerar på avhandlingar, sitter i betygsnämnder och påverkar beslut om tjänster och anslag. Men alltså utövar representanter för andra vetenskaper, och i synnerhet medicinare, ett avgörande inflytande.

Det "rum" som tecknades i Figur 1 är ingen karta över ett omvårdnadsforskningens fält. Ett sådant finns ännu inte. De sjuksköterskor som disputerat har givit sig in i olika områden, varav vi i huvudsak kunnat särskilja tre: ett dominerat av den medicinska vetenskapen, ett samhällsvetenskapligt och ett område för mer renodlad vårdforskning. Det finns flera tänkbara alternativ för framtiden. Kanske kommer det sist nämnda området – den renodlade vårdforskningen, i dag representerad av "Umeå-polen" – att så småningom avsondras som ett vetenskapligt fält med viss grad av autonomi. Ett hinder för autonomin är i så fall att detta delområde är så hårt knutet till en yrkeskår, nämligen sjuksköterskorna, och till dess intresseorganisationer samt till sjuksköterskeutbildningen och vårdsektorn. Många deltagare med stark förankring i dessa verksamheter kommer säkert att hävda att omvårdnadsforskning varken kan eller bör vara ett autonomt vetenskapligt fält.

En sådan utveckling kommer förmodligen att innebära att en stor del av sjuksköterskors forskning återföres till fadershuset, till det medicinska vetenskapliga fältet, inom vars ram omvårdnadsspecialiteter kan växa fram vilka inte konkurrerar på samma villkor som annan omvårdnadsforskning. En sjuksköterska som ger sig in i den medicinska omvårdnadsforskningen blir mer beroende av relationerna till läkarna och den medicinska vetenskapen än av sina forna kolleger. Så är i hög grad fallet redan i dag. Man kan tänka sig omvårdnadsvetenskapliga specialiteter på liknande sätt tar form inom samhälls- eller beteendevetenskapliga fält. Här blir deltagarna i så fall mer lierade med sociologer eller psykologer än med omvårdnadsforskare med hemvist inom andra fält.

Detta är enligt vår mening den troligaste utvecklingen. Omvårdnadsforskningen sådan den ser ut i dag är så beroende av utanförliggande krafter att den knappast kan utvecklas till ett eget vetenskapligt fält. Inget hindrar att omvårdnadsforskning i institutionellt och administrativt avseende framträder som ett eget område, med gemensamma kårintressen, tjänstebenenämningar, utbildningsarrangemang, men det blir inte fråga om ett vetenskapligt fält som samlar alla de disparata tendenser som hittills präglat sjuksköterskors avhandlingsarbeten och gått under namn som omvårdnadsforskning eller vårdvetenskap.

I vår studie har vi förvånats över att så många av de disputerade sjuksköterskorna har anmärkningsvärt svaga akademiska investeringar i bagaget. I synnerhet de som skolats i den biomedicinska traditionen har i de flesta fall ägnat betydligt mindre tid åt forskningsförberedelse än doktorer i andra ämnen. Om inte detta förhållande ändras, kommer omvårdnadsforskningen knappast att ha en chans att etablera sig som ett vetenskapligt fält, jämbördigt med de etablerade vetenskaperna. Ämnet kommer i stället att betraktas som ett slags fortbildning för en särskild yrkeskår, sjuksköterskorna, det vill säga som en skyddad verksamhet som inte hotar dominansförhållandena inom det vidare vetenskapliga fältet. Och de sjuksköterskor som i detta avseende skiljer sig från mängden genom att de genomfört tyngre akademiska investeringar och är beroende av att deras forskarkompetens erkännes även av kolleger och konkurrenter inom andra

discipliner, kommer i många fall att betacka sig för att räknas in bland omvårdnadsforskarna.

Men vi kan ha fel. Kanske kommer trots allt omvårdnadsforskningen så småningom att formäs till ett samlat vetenskapligt fält som inrymmer många av de disparata inslag vilka återfunnits i sjuksköterskors avhandlingar till dags dato, jämte åtskilliga nyheter som vi inte känner till i dag. Ett fält, eller ett område som utvecklas i riktning mot ett fält, är stätt i ständig förändring. Gränserna förskjuts, relationerna till andra fält och områden skiftar, och nya deltagare ger sig in i spelet med något nytt i bagaget som förändrar styrkeförhållandena. Liksom frihet och makt är vetenskaplig autonomi inget som uppnås eller går förlorat en gång för alla. Autonomin måste oupphörligen erövrars på nytt, underhållas och befästas.

Noter

1. Heyman anspelar på landskapslagarnas föreskrift "gånge hatt till och huva ifrån".
2. Donald Broady redigerar f n en antologi med nordiska studier av kulturella fält som enligt planerna skall utkomma på förlaget Daidalos under 1997 och ur vilken denna artikel är hämtad.
3. Pierre Bourdieu's hittills grundligaste studie av ett kulturellt fält var *Les règles de l'art* (1992; för en kommentar se Broady, 1994). Den viktigaste inspirationskällan till studien av vårdforskning var Bourdieu's *Homo academicus* (1984), som ägnades det akademiska fältet i Paris och som när detta skrivs nyss utkommit i svensk översättning på Brutus Östlings Bokförlag Symposion, Stockholm/Stehag, 1996.
4. Mikael Palme har medverkat i arbetet med de korrespondensanalyser som här redovisas. För en presentation av korrespondensanalysen som kultursociologiskt verktyg se Broady (1991 s 473-527).
5. Vid konstruktionen av rummet av möjligheter har vi utnyttjat data från sammanlagt 59 avhandlingar, dvs vi har uteslutit de 6 avhandlingar som behandlar annat än vård och omsorg. Däremot har de sist nämnda avhandlingarna placerats ut i efterhand som s k illustrativa eller supplementära variabler; samtliga dessa karaktäriseras av egenskaper som gör att de hamnar i närheten av den samhällsvetenskapliga polen (i Figur 1 representeras de därför av ofyllda cirkelar).
6. Dessa två nämnda egenskaper är således de som bidrar starkast till att upprätta den andra faktorn och därmed till att strukturera rummet. Det hindrar inte att vi vid "Umeå-polen" finner avhandlingar som lagts fram vid andra universitet (Uppsala, Stockholm) och vid institutioner för medicin, långvård eller geriatrik.
7. Inspirationen till bruket av kapitalbegreppet och kategoriseringen av olika kapitalarter hämtades främst från Bourdieu (1984).
8. Resultaten återges ej här, men se bl a figuren i Heyman (1995 s 209).
9. Se bl a figuren i Heyman (1995 s 227).

Litteraturförteckning

- Bourdieu, P. 1984: *Homo academicus*. Paris: Minuit.
- Bourdieu, P. 1992: *Les règles de l'art. Genèse et structure du champ littéraire*. Paris: Seuil.
- Broady, D. 1991: *Sociologi och epistemologi*. Stockholm: HLS Förlag.
- Broady, D. 1994: Enligt konstens alla regler. *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, 13(1), 27-39.
- Heyman, I. 1995: *Gånge hatt till... Omvårdnadsforskningens framväxt i Sverige - sjuksköterskors avhandlingar 1974-1991*. Göteborg: Daidalos.

PEDAGOGISK FORSKNING

i Sverige

Årg 1 • Nr 4 • 1996

PEDAGOGISK FORSKNING I SVERIGE

Årg 1 • Nr 4 • 1996

Artiklar

Donald Broady & Ingrid Heyman

Omvårdnadsforskning. Ett vetenskapligt fält i vardande? 193

Rolf Lander

Medelvärden för djupa och ytliga studiemönster? Elevernas
förhållningssätt till studieuppgifter som kvalitetsindikator 210

Debatt

Jan-Eric Gustafsson

Forskarutbildningens nya prokrustesbädd 229

Recensioner

Andrea A. di Sessa: *On 'mole' and 'amount of substance':
A study of the dynamics of concept formation and concept
attainment* av Helge Strömdahl 233

Lars Løvlie: *Makt och mening. Förutsättningar för
en innehållsfokuserad pedagogik* av Carl-Anders Säfström 239

Fakultetsopponenten sammanfattar

Aino Saarinen: *East of Arcadia. Three studies on rural women in
northern Sweden and Wisconsin, USA* av Gun-Marie Frånberg 244

English summaries 248

Redaktionellt

Tidskriftens ekonomiska bas – ett tack 252

Agenda 254

Index 255