

# 3. SYKEPLEIERKONGRESSEN

BERGEN 20. - 22. SEPTEMBER 1996



Kompendium



Profesjonell sykepleie  
Kunnskap  
identitet

## MESTRINGSRESSURSER OG HELSESTATUS - EN UNDERSØKELSE BLANT PERSONER MED REVMATOID ARTRITT

---

Navn på forfatter:  
Britt Øvrebø Haugland

Arbeidssted:  
Betanien Sykepleierhøgskole, Bergen

---

Foredraget bygger på min hovedfagsoppgaven i sykepleievitenskap ved Universitetet i Bergen våren 1995. «Mestringsressurser og helsestatus - en empirisk undersøkelse av personer med revmatoid artritt». Etter flere tiår der det biomedisinske synet på helse og sykdom har vært rådende har en i de senere år blitt mer opptatt av et helhetlig syn på mennesket. Hvordan og i hvilken grad psykiske og fysiske faktorer påvirker hverandre er imidlertid mer ukjent.

### TEORETISK BAKGRUNN

I studien «Mestringsressurser og helsestatus» har jeg tatt utgangspunkt i Aaron Antonovskys helseteori der han fremsetter sine hypoteser om samspillet mellom psyke og soma. Aaron Antonovsky er en medisinsk sosiolog med bakgrunn fra USA og Israel. Antonovsky har utviklet en teori som han kaller den salutogeniske eller helsebringende teori. I denne teorien vektlegges en ny forståelse av begrepet helse. Antonovsky hevder at tradisjonell medisin har hatt en tilbøyelighet til å konsentrere seg om dikotomien frisk - syk, med fokus mot sykdom. Den helsebringende teori hevder at vi hele tiden befinner oss på et kontinuum mellom velbefinnende og sykdom. I stedet for å konsentrere seg om risikofaktorer som kan føre til sykdom vil den helsebringende teori fokusere på faktorer som fremmer en bevegelse mot helse-enden av kontinuumet. Som en konsekvens av en helsebringende tenkning bør en konsentrere seg mer om menneskets evne til mestring enn om sykdom. Antonovsky hevder at menneskets innstilling til livet er avgjørende for hvordan det møter livets belastninger (eller stressorer).

Sentralt i teorien er begrepet «Sense of Coherence» (SOC) dvs. en følelse av sammenheng. I hvilken grad opplever mennesket at livet er forståelig, meningsfullt og at det har ressurser til å håndtere de utfordringer og belastninger det møter i livet. Det kognitive, affektive og handlingsaspektet utgjør til sammen individets mestringsressurser. Styrken på individets mestringsressurser varierer fra person til person. Et menneskets mestringsressurser er avhengig av den sosiokulturelle og historiske sammenhengen personen er født inn i. Andre viktige faktorer er den barneoppdragelse vedkommende har fått, hvilken sosial rolle han har hatt, personlige særtrekk og tilfeldigheter. Menneskets mestringsressurser virker sammen med vedkommendes livserfaring og utgjør til sammen personens innstilling til livet eller følelse av sammenheng. Antonovsky fremsetter en hypotese der han påstår at styrken på et menneskets følelse av sammenheng (SOC) har direkte innvirkning på menneskets helsestatus (Antonovsky 1987). Som et mål på menneskets følelse av sammenheng har Antonovsky utviklet et standardisert spørreskjema: «The Sense of Coherence Questionnaire» (SOC). Instrumentet er utviklet på bakgrunn av dybdeintervju med 51 personer. Spørreskjemaet er siden benyttet i en rekke internasjonale studier og har vist seg å ha høy reliabilitet og validitet.

## PROBLEMSTILLING

I min studie ønsket jeg å teste Antonovskys teori empirisk. Hovedproblemstillingen i studien var: « Vil styrken på personens «Sense of Coherence» påvirke helsestatus hos personer med revmatoid artritt?

Innen tradisjonell medisinsk forskning blir personens alder og hvor lenge vedkommende har hatt sykdommen ansett som viktige predikatorer for helsestatus og funksjon blant personer med revmatoid artritt. For å kontrollere hvor sterk effekt SOC har på helsestatus i forhold til alder og sykdomsvarighet blir disse to variablene satt opp som kontrollvariabler.

## METODE OG DATAINNSAMLING

For å undersøke om det er forskjell i helsestatus mellom personer med en sterk og svak følelse av sammenheng i livet, kreves det at det er variasjon i helsestatus i undersøkelsesgruppen. Det er også nødvendig at evt. nedsettelse av helsestatus er såpass stor at det gir utslag på et måleinstrument. Som målgruppe i denne studien ble det valgt personer med den kroniske lidelsen revmatoid artritt. Dette er en gruppe der en kan forvente at helsestatus eller funksjonsnivå er betydelig påvirket. I tillegg til at denne pasientgruppen er godt egnet til å belyse problemstillingen ble gruppen valgt fordi jeg ønsket å sette søkelyset på personer med kroniske lidelser.

For å kartlegge helsestatus ble det standardiserte spørreskjemaet AIMS (Arthritis Impact Measurement Scale) benyttet. Spørreskjemaet er utviklet spesielt i forhold til å måle helsestatus hos pasienter med revmatiske lidelser (Meenan et.al. 1980). Dette er et instrument som er benyttet i en rekke studier internasjonalt, og har vist seg å ha høy reliabilitet og validitet. Flere medisinske studier har vist at dette selvrapporterte spørreskjemaet gir like gode eller mer pålitelige opplysninger om personens helsestatus enn legers kliniske vurderinger (Bellamy 1993).

For å kartlegge helsestatus ble respondentene i tillegg til å fylle ut det standardiserte spørreskjemaet AIMS bedt om å oppgi i hvilken grad de følte de fikk tilfredsstillende områder i livet som de selv anser som viktige.

Spørreskjemaet som ble sendt til respondentene er sammensatt av spørsmål angående bakgrunnsvariabler, de standardiserte spørreskjemaene AIMS og SOC samt spørsmål om i hvilken grad respondenten får tilfredsstillende områder i livet som de selv prioriterer høyt.

Respondentene ble kontaktet via Bergen Revmatikerforening. Datasamlingen ble gjennomført ved at respondentene mottok spørreskjema i posten og returnerte dem uten at det var personlig kontakt mellom meg og respondentene. Alle svar er dermed selvrapporterte. Det ble sendt ut 66 spørreskjema og 52 ble returnert.

## RESULTATER

52 Personer deltok i undersøkelsen, 44 kvinner og 8 menn. Dette utgjør 84,6 % og 15,4 %. I befolkningen regner man at forholdet mellom kvinner og menn som rammes av revmatoid artritt er 75-25%. Alderssammensetningen i utvalget strekker seg fra 24 til 81 år, med en gjennomsnittsalder på 57,7 år. De fleste deltakerne er fra 45 til 75 år. Gjennomsnittslengden på sykdomsvarigheten er 15,7 år. Den som har hatt sykdommen lengst har hatt den i 59 år, og den som her hatt den kortest har hatt den i 2 år. De fleste har hatt sykdommen mellom 5 og 20 år.

Spørreskjemaet SOC er sammensatt av 29 påstander som respondenten kan identifisere seg med eller ikke. Ved måling av SOC er den lavest mulige poengsum 29 og den høyest mulige poengsum 203. Måling av SOC viste et gjennomsnitt på 150,6 for hele utvalget. Laveste score var 85 og høyeste 192.

Spørreskjemaet AIMS består av 45 spørsmål som til sammen utgjør 9 delkomponenter: mobilitet, fysisk aktivitet, fingerferdighet, husholdningsaktivitet, sosial aktivitet, dagliglivets aktiviteter (ADL), smerte, depresjon og angst. Hver av disse komponentene er satt sammen av flere spørsmål, men antall spørsmål varierer for de ulike komponentene. For å kunne sammenligne delkomponentene blir hver komponent omgjort til en skala fra 1 til 10. En lav score på skalaen indikerer et høyt funksjonsnivå, mens en høy score på skalaen indikerer et lavt funksjonsnivå. De delkomponentene som slo sterkest ut i denne undersøkelsen og som indikerer nedsatt funksjonsnivå var fysisk aktivitet, smerte, fingerferdighet og sosial aktivitet.

Ved å sammenligne hvordan respondentene i denne undersøkelsen scorer på de ulike delkomponentene i AIMS sammenlignet med personer med revmatoid artritt i tre andre undersøkelser, foretatt henholdsvis i USA, Førde og Sverige (Burckhardt 1993, Segrov 1994 og Burckhardt 1993) får vi en indikasjon på at utvalget i denne undersøkelsen ikke skiller seg vesentlig ut fra det som er typisk for personer med revmatoid artritt.

I spørreskjemaet AIMS blir respondentene i tillegg bedt om å rangere sin helse på en skala fra 1 (svært bra) til 5 (svært dårlig). Ingen svarte at de hadde det svært dårlig. 3 personer svarte at de hadde det svært bra. 38 av 52 personer svarte at de har det bra eller ganske bra. Av 52 personer med revmatoid artritt var det bare 11 personer som oppgav at de hadde det dårlig.

På spørreskjemaet ble respondentene også bedt om å oppgi tre områder i livet som betydde mye for dem. I neste omgang skulle respondentene gradere på en skala fra 1 til 7 i hvilken grad de følte at de fikk tilfredsstilt disse områdene. Det var kun to personer (3,8%) som følte at de ikke fikk tilfredsstilt de områder i livet som de selv prioriterer høyt. 7 personer (13,5%) graderer sin tilfredsstillelse til mellom 3 og 4 som er midt på treet. De resterende 43 (82,7%) graderer sin tilfredsstillelse til mellom 4 og 7 som er høy grad av tilfredsstillelse av områder i livet som de selv prioriterer høyt.

Hypotesene ble analysert statistisk ved hjelp av statistikpakken SPSS. Korrelasjonsanalysen viste en signifikant sammenheng mellom mestringsressurser målt ved hjelp av SOC og helsestatus målt ved hjelp av AIMS ( $r=0,46$ ). Resultatene uttrykker at dess høyere SOC en person har, dess bedre helsestatus eller funksjonsstatus målt ved hjelp av AIMS. Dersom en skal gå inn på delkomponenten i AIMS, viser SOC en sterkest samvariasjon med depresjon ( $r=0,63$ ), angst ( $r=0,58$ ), fingerferdighet ( $r=0,39$ ) og sosial aktivitet ( $r=0,35$ ). Komponenter fysisk aktivitet er også signifikant korrelert men mye svakere ( $r=0,23$ ).

Korrelasjonsanalysene viste også at SOC var signifikant korrelert med andre mål som indikerer personens plassering på helsekontinuumet. Både personens egenvurderte helse ( $r=0,50$ ) og i hvilken grad personen følte han fikk tilfredsstillende områder i livet som han selv anser som viktig ( $r=0,56$ ).

Analysene viste derimot ingen signifikante korrelasjoner mellom sykdomsvarighet og helsestatusmålene. Alder var svakt korrelert med helsestatus målt ved hjelp av AIMS ( $r=0,28$ ).

Regresjonsanalysen, der en sammenligner hvilken av de tre uavhengige variablene (SOC, sykdomsvarighet og alder) som har sterkest effekt på helseindikatorer viste klart at SOC har størst betydning.

## KONKLUSJON

Resultatene fra denne studien viser at menneskets følelse av sammenheng i livet (målt ved hjelp av SOC) har sterkere effekt på helsestatus hos personer med revmatoid artritt enn både alder og sykdomsvarighet. Dersom resultatene fra denne studien er riktige bør intervensjonen i forhold til personer med revmatoid artritt i større grad rette seg mot psykiske og mentale aspekter ved helsen enn hva som er tilfellet i dag.

Antonovskys helseteori er en generell teori som fokuserer på allmenn menneskelige fenomener. Det er ikke rettet mot mennesker med en spesiell diagnose. Det er derfor grunn til å anta at resultatene fra denne undersøkelsen kan overføres til andre pasientgrupper enn de som var målgruppen i denne studien.

## REFERANSER

- Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bellamy, N. (1993). Musculoskeletal Clinical Metrology. Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers.
- Burckhardt, C.S., Clark, S.R. & Bennett, R.M. (1993). Fibromyalgia and quality of life: A comparative analysis. The Journal of Rheumatology, 20, 3, 475-479.
- Burckhardt, C.S., Archenholtz, B. & Bjelle, A. (1993). The Journal of Rheumatology, 20, 6, 977-980.
- Meenan, R.F., Gertman, P.M. & Mason, J.H. (1980). Measuring Health status in arthritis. The Arthritis Impact Measurement Scales. Arthritis and Rheumatism, 23, 2, 146-152.
- Segrov S. (1994). Håpet hos mennesker med revmatoid artritt. Seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen.