



# Diakonhjemmet Høgskole

## Bacheloroppgave

Tittel:

Mestring og livskvalitet

Problemstilling:

**Hvilke mestringsstrategier kan bidra  
til å øke livskvaliteten hos pasienter med revmatoid artritt?**

Kandidatnummer: 1058

Diakonhjemmet Høgskole

Bachelor i sykepleie

Kull: 11 SykHel

Antall ord: 10055

Innleveringsfrist: 13. mars 2014

## **Abstrakt**

Hensikten med dette litteraturstudiet har vært å finne ut om nyere forskning sier noe om hvilke mestringsstrategier som har positiv effekt på livskvaliteten til pasienter med RA. Jeg har forutsatt at livskvalitet påvirkes av både fysiske utfordringer, og hvordan pasienten håndterer dem. Overordnet teoretisk perspektiv er den salutogene modellen av Antonovsky, som ses i sammenheng med andre mestringsteorier.

Målet har ikke vært å finne entydige forklaringer på hvilke mestringsstrategier som har positiv helseeffekt, så det vil derfor kunne finnes andre mestringsstrategier som er av betydning for pasientens livskvalitet.

Opplevelse av sammenheng (OAS) har betydning for pasientens evne til å ta i bruk hensiktsmessige mestringsstrategier, og høy OAS har sammenheng med høy livskvalitet. I tillegg har bruk av emosjonsfokusert og problemfokusert mestring sammenheng med positive sykdomsutfall og livskvalitet. Sykepleiere med kunnskap om hensiktsmessige mestringsstrategier kan bidra til å øke livskvaliteten til pasienter med RA.

<b>1 Innledning</b>	<b>4</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Problemstilling	5
1.3 Avgrensning og definisjon av problemstillingen	5
1.4 Mestring og sykepleierrollen	6
1.5 Førforståelse	7
1.6 Disposisjon	7
<b>2 Teori</b>	<b>8</b>
2.1 Politiske føringer; konsekvenser for pasienter og sykepleiere	8
2.3 Revmatoid artritt – en kronisk sykdom	9
2.4 Forløp og konsekvenser	9
2.5 Symptomer	10
2.6 Psykiske reaksjoner på å leve med RA	10
2.7 Stress og sykdom	11
2.8 Mestringsteorier	12
<b>3 Metode</b>	<b>17</b>
3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	18
3.2 Databaser og søk	18
3.3 Kritikk av metode og artikler	18
3.4 Ethiske overveielser	19
<b>4 Funn</b>	<b>19</b>
4.1 Artikkel 1: Opplevelse av sammenheng og livskvalitet	20
4.2 Artikkel 2: Mestringsstrategier og mental og fysisk velvære	21
4.3 Artikkel 3: Smerter, mestring og livskvalitet	22
4.4 Artikkel 4: Psykisk stress, personlighet og livskvalitet	22
4.5 Artikkel 5: Fysisk funksjon og livskvalitet knyttet til sykdom og mestring	23
4.6 Artikkel 6: Hva pasienter med RA ønsker å lære sykepleiere	24
<b>5 Analyse og diskusjon</b>	<b>24</b>
5.1 Mestring knyttet til smerter	25
5.2 Mestring knyttet til psykisk stress	27
5.3 Mestring knyttet til fysisk funksjon	28
5.4 Hva ønsker pasientene av sykepleierne?	29
5.5 Relevans for sykepleiepraksis	30
<b>6 Konklusjon</b>	<b>33</b>
<b>Litteraturliste</b>	<b>35</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Den medisinske tradisjonen har de siste 200 årene i hovedsak dreiet seg om biologiske forklaringer på sykdom og behandling, og man har i stor grad skilt mellom psyke og soma (Schiøtz og Skaset 2003). Dette skillet ser vi også i organiseringen av helsetjenester og i lovgivningen, der man skiller mellom psykisk og fysisk sykdom og behandling (eksempel: Psykisk helsevernloven 1999). Sykepleietradisjonen har i større grad vært rettet mot relasjonelle og omsorgsbaserte tiltak, med pasientens helse, livskvalitet og mestring som sentrale mål for sykepleien (Kristoffersen og Nortvedt 2011:16). I senere år er det gjort et stort antall studier på hvordan mestring påvirker sykdomsaktivitet og livskvalitet (Rice 2012:254). Når forskning viser at deler av sykepleiens sentrale mål har stor betydning for pasientenes sykdomsbyrde og livskvalitet, opplever jeg det som en mulig «renessanse» for sykepleierens rolle i pasientbehandlingen. Med kunnskap om hensiktsmessige mestringsstrategier, kan sykepleierens samhandling med pasienten bli avgjørende for resultatet av behandlingen og pasientens livskvalitet. Det blir dermed målbart.

Jeg ønsket å lære mer om dette, og undersøke hvordan ulike måter å forholde seg til de stressfaktorene som en kronisk sykdom medfører, påvirker pasientens livskvalitet. Jeg har valgt revmatoid artritt, heretter omtalt som RA, fordi det er en sykdom som påvirker pasientens liv i flere dimensjoner; fysisk, psykisk og sosialt (Fjerstad 2010:30).

Min antagelse er at livskvalitet påvirkes både av fysiske symptomer og hvordan man forholder seg til dem. Hvis det er slik; kan det da finnes måter å forholde seg til motgang på som er mer effektive enn andre, og kan valg av mestringsstrategi påvirke livskvaliteten positivt? Det er dette jeg søker å finne svar på. Temaet drøftes i lys av teorier og forskning på mestring, med den salutogene modellen (Antonovsky 1987) som overordnet, teoretisk perspektiv. Den salutogene modellen tar for seg hvilke faktorer, i tanke og handling, som virker helsefremmende. Dette helhetlige perspektivet inkluderer både personlige, sosiale, psykiske og fysiske faktorer ved helsebegrepet (ibid.). Som sykepleiestudent synes jeg dette er spennende, da sykepleiens helhetlige forståelse av helse og sykdom kanskje kan bidra til å styrke sykepleieprofesjonens rolle i fremtidens pasientbehandling.

## 1.2 Problemstilling

Hvilke mestringsstrategier kan bidra til å øke livskvaliteten for pasienter med revmatoid artritt?

## 1.3 Avgrensning og definisjon av problemstillingen

### 1.3.1 Livskvalitet

I denne oppgaven vil jeg undersøke hvilke mestringsstrategier som er av betydning for å øke livskvaliteten til pasienter med RA. Livskvalitet er et begrep som brukes både subjektivt i dagligtale, og i forskning på helserelatert livskvalitet (health-related quality of life) som måles med ulike spørreskjemaer. Det er et relativt nytt ord i det norske språket, og det finnes ulike tolkninger av begrepet, og flere måter å måle det på (Næss 2006). Jeg begrenser meg her til å gi en kort, generell omtale av begrepet. Opplevd livskvalitet antas å ha bakgrunn i oppvekst, sosioøkonomiske forhold, utdanning, kultur, tidligere erfaringer, forventninger, personlighet og sosiale faktorer. (ibid.) Det er et begrep som i dagligtale også brukes for å beskrive resultatet av et traume eller et tap; «personen har i dag redusert livskvalitet».

Forenklet kan man kanskje si at livskvalitet er å ha det godt med seg selv og sammen med andre. For pasienter med RA kan dette være utfordrende, da fysiske begrensninger, smerter og nedstemthet gjør hverdagen vanskelig (Fjerstad 2013:30).

Hvile, fysisk aktivitet, smerter, medisiner og operative inngrep kan være en viktig del av pasientens hverdag. I lys av den salutogene modellen, blir disse utfordringene karakterisert som stressfaktorer som pasienten blir stilt overfor (Antonovsky 1987). Dette er faktorer som ulike mestringsstrategier i større eller mindre grad kan påvirke. Det er rimelig å anta at dersom hverdagens krav skaper indre uro og stress, kan dette bidra til å redusere livskvaliteten. Denne oppgaven søker å finne svar på hvilke mestringsstrategier som kan bidra til at dette ikke skjer.

### 1.3.2 Mestring

Mestring (coping) er et overordnet begrep som av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (NKMLS) defineres slik: «Opplevelsen av å ha kontroll over eget liv – og krefter til å møte utfordringen» (NKMLS 2013). Innenfor begrepet mestring finnes det flere teorier om hvilke variabler innen mestring som er av betydning. Det er disse variablene jeg omtaler som

mestringsstrategier, og elementene i den salutogene modellen (Antonovsky 1987) faller inn under dette. Antonovskys (1987:17) salutogene modell beskriver hvilke motstandsressurser som øker vår evne til å håndtere de stressfaktorene vi til daglig utsettes for. Jeg omtaler her den salutogene modellen som en mestringsteori, og enkeltelementene i modellen som mestringsstrategier. En mestringsstrategi er det du gjør eller tenker i en situasjon, og som enten setter deg i stand til, eller reduserer, din evne til å håndtere situasjonen (Antonovsky 1987). Den salutogene modellen tar for seg faktorer som bidrar til å fremme helse, og viser at når disse faktorene er fraværende, reduseres mestringssevnen (Antonovsky 1987). Modellen er satt i sammenheng med andre teorier for mestring (Antonovsky 1987:Kap. 6), som jeg kort kommer inn på i denne oppgaven. Der vil jeg også kort beskrive mestringsstrategier som reduserer pasientens evne til å håndtere sykdommen (Seligman 1975). For at sykepleier skal kunne kartlegge pasientens evne til å håndtere sykdommen, kan det være nyttig å kjenne til både hensiktsmessige og uhensiktsmessige mestringsstrategier. «Hensiktsmessig» er i denne sammenhengen mestringsstrategier som bidrar til å fremme helse.

I den brede forståelsen av temaet, vil jeg understreke at mestringsstrategier i denne oppgaven dreier seg om det du gjør eller tenker for å håndtere den situasjonen du er i.

I denne oppgaven vil jeg begrense temaet til å omhandle voksne mellom 20 og 67 år med RA. Barn, ungdom og eldre faller dermed utenfor denne oppgaven.

#### **1.4 Mestring og sykepleierrollen**

Et økende antall pasienter lever med kronisk sykdom (Folkehelseinstituttet 2010). I lys av målene i samhandlingsreformen om koordinerte, helhetlige helsetjenester (St.meld. nr. 47 (2008-2009)), vil trolig kravene til sykepleierens kunnskaper om mestring av kronisk sykdom øke. De senere år er det forsket mye på hvordan evnen til å håndtere kronisk sykdom påvirker sykdommens alvorlighetsgrad og pasientens livskvalitet (Rice 2012:27). Som sykepleiestudent ser jeg positivt på denne utviklingen, da sykepleierrollen gjennom slike studier antas å få økt betydning. Fremtidens sykepleiere må være pasientens støttespiller i mestring av kronisk sykdom, og her er det av stor betydning å hjelpe pasientene med å håndtere stressfaktorer (Khan et al. 1994). Opplevelse av ytre (symptomer, fysisk funksjon) og indre (tanker og følelser) stressfaktorer har i flere studier vist seg å bidra til mer smerter, større sykdomsaktivitet, større funksjonstap og lavere livskvalitet (Rice 2012: Kap. 27).

Adekvat mestring av sykdommens konsekvenser er derfor viktig for pasienten, og dermed et viktig arbeidsfelt for sykepleiere.

For å kunne hjelpe pasientene med å håndtere de stressfaktorene som sykdommen innebærer, er det nødvendig at sykepleiere har kunnskap om mestringsstrategier som er knyttet til positive helseeffekter. Med slik kunnskap kan sykepleieren stimulere til bruk av mestringsstrategier som fremmer helse, og hjelpe pasienten med å unngå tanke- og handlingsmønstre som er knyttet til negative sykdomsutfall (Newbold 1996). Jeg ser det som positivt at sykepleieintervensjoner kan ha stor innvirkning på pasientens helse og livskvalitet, og ønsker i denne oppgaven å rette søkelyset mot faktorer som er viktige å kjenne til for å kunne fylle denne sykepleierollen.

### **1.5 Førforståelse**

Ovenfor har jeg skrevet litt om hvorfor temaet mestring av sykdom interesserer meg. Interessen for dette temaet er blitt styrket gjennom sykepleiestudiet, da jeg har erfart at pasienter håndterer sykdom og motgang på svært ulike måter. Jeg har opplevd at pasienter med store, helsemessige utfordringer uttrykker pågangsmot og meningsfullhet til tross for sykdommens konsekvenser. Jeg har også erfart at noen pasienter uttrykker håpløshet og liten evne til egeninnsats på grunn av tilsynelatende overkommelige og tidsbegrensede utfordringer. I praksis har jeg fundert på hva jeg som sykepleier i femtiden kan gjøre for å redusere disse forskjellene. Tiden sykepleier har med hver enkelt pasient er begrenset, og pasientene skrives ut raskere enn tidligere. Jeg har erfart i praksis at det er i behandlingsløpets overganger (mellom avdelinger og tjenestenivåer), at verdifull informasjon kan gå tapt. Kanskje bør pasientens mestringsevne kartlegges på sykehuset, slik at resultatet av kartleggingen inngår i grunnlaget for pasientens behandlingsbehov etter utskrivelse? Jeg håper at arbeidet med denne oppgaven kan gi meg en mer konkret forståelse av hvordan sykepleiere kan hjelpe pasientene med å mestre sin sykdom, og dermed bidra til å øke pasientens livskvalitet.

### **1.6 Disposisjon**

Nedenfor vil jeg først presentere det teoretiske grunnlaget i oppgavens tema, med en oversikt over RA og konsekvenser av sykdommen. Deretter presenteres temaet stress og sykdom, og hvordan stress påvirker sykdomsaktivitet og sykdomsutfall. Mestringsteorien «den salutogene

modellen» (Antonovsky 1987) presenteres, og settes kort i sammenheng med andre mestrings teorier. Dette etterfølges av en presentasjon av valgt metode, samt kritikk og etisk vurdering av denne. Funnene i artiklene presenteres i kapittel 4, med råd til helsepersonell/ sykepleiere der artikkelen har spesifisert dette. Funnene følges av et analyse- og diskusjonskapittel, der funnene diskuteres og analyseres i lys av teorien. Diskusjonskapittelet avsluttes med et avsnitt om funnenes relevans for sykepleiepraksis. Avslutningsvis oppsummeres funn, teorier og sykepleierelevans i konklusjonen.

## 2 Teori

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for de politiske føringene som i de siste 20 årene har resultert i økt involvering av pasienter og brukere i helsetjenestens behandlingstilbud. Jeg vil også kort gjøre rede for RA, og fysiologiske og psykososiale konsekvenser av sykdommen. Jeg vil utdype de psykiske komplikasjonene ved sykdommen, med den hensikt å tydeliggjøre hvorfor dette er et viktig aspekt å ta hensyn til for sykepleiere som arbeider med pasienter som har RA. Den salutogene modellen (Antonovsky 1987), presenteres og sammenlignes med andre mestrings teorier. Til slutt i dette kapittelet, vil jeg tydeliggjøre hvorfor kunnskap om mestringsstrategier er viktig for sykepleiere i møte med pasienter med RA. Teorien er hentet fra faglitteratur og forskningsartikler, samt fra pensum i bachelorutdanningen.

### *2.1 Politiske føringer; konsekvenser for pasienter og sykepleiere*

Sentrale, politiske føringer siden 90-tallet har i sterk grad rettet søkelyset mot pasientens rettigheter, og nyere lover befester disse rettighetene (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999, Helse- og omsorgstjenesteloven 2011, med flere). I lov om spesialisthelsetjenesten beskrives pasientopplæring som en av helsetjenestens primære oppgaver (Spesialisthelsetjenesteloven, § 3-8, 4. ledd). Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) trådte i kraft i 2012. Samhandlingsreformen beskriver hvordan og hvorfor helsetjenesten skal rettes inn mot helhetlige pasientforløp. Det legges vekt på samhandling, forebygging, tidlig intervensjon og tverrfaglige tiltak. Flere skal få hjelp der de bor, og kommunene må tilby mer spesialiserte tjenester (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).



Denne utviklingen medfører ikke bare at pasientene har fått bedre rettigheter. Når lovverket pålegger helsetjenesten å veilede og undervise pasienter om egen sykdom, innebærer det i praksis også en forventning om at pasienter generelt, og kronisk syke spesielt, i større grad tar ansvar for å håndtere egen sykdom. Det kan dreie seg om å håndtere legemidler og fysiske, psykiske og psykososiale konsekvenser av sykdommen. Dette kravet vil for mange være en stor og nesten uoverkommelig oppgave. Som et resultat av denne utviklingen, er det rimelig å anta at kravene til sykepleierens kunnskaper vil øke. Den helhetlige sykepleien vil trolig dreie seg om psykososial støtte i enda større grad enn i dag, og kunnskap om mestringsstrategier kan derfor bli nødvendig for fremtidens sykepleiere.

### **2.3 Revmatoid artritt – en kronisk sykdom**

Revmatoid artritt (RA), populært kalt «leddgikt», er en kronisk, inflammatorisk og autoimmun sykdom som gir betennelsesforandringer i kroppens bindevev, i hovedsak i små og mellomstore ledd (Danneskiold-Samsøe og Herlin 2011:135). Årsaken er ukjent, men rundt 10 prosent av sykdomstilfellene skyldes arvelige faktorer (Gran 2009:49). RA forekommer både hos barn og voksne, med høyest insidens i 30 til 60 årene. I Norge er det rundt 0,5 prosent av befolkningen som har RA. Omlag tre ganger så mange kvinner som menn rammes. Det er hovedsakelig synovialhinnen i leddene som angripes av betennesceller, med påfølgende dannelse av granulasjonsvev og arrvev. Leddben og leddbrusk eroderes og ødelegges, og det resulterer i hovne, vonde ledd og til slutt kroniske feilstillinger med stive ledd. Vi har synovialledd i hender, fingre, albuer, skuldre, hofter, knær, føtter, ankler, kjeven, halsvirvelen og strupehodet (krikoarytenoide ledd). Alle disse leddene kan derfor rammes av RA (Danneskiold-Samsøe og Herlin 2011:145-154). I tillegg kan hud, slimhinner, lunger og andre organer rammes av sykdommen (Fjerstad 2010:26).

Behandlingen av RA går ut på å redusere sykdomsaktiviteten og bremse ødeleggelsesprosessen i ledd, brusk og indre organer. Betennesedempende og smertelindrende (NSAID) legemidler, og sykdomsmodifiserende (DMARD-preparater) legemidler er standard legemiddelbehandling (Ørn, Mjell og Bach-Gansmo 2011:459).

### **2.4 Forløp og konsekvenser**

Sykdommens forløp har betydning for sykdommens alvorlighetsgrad og pasientens fysiske funksjon. Tre fjerdedeler av pasientene med RA har et progredierende forløp, som enten går

raskt eller langsomt, men med det samme sluttresultatet; destruktiv leddsykdom og invaliditet (Danneskiold-Samsøe og Herlin 2011:143). Rask og kontinuerlig behandling har bidratt til at invaliditet er mindre vanlig i dag (rundt fem prosent), men etter fem års sykdom vil så mange som halvparten av pasientene være uføretrygdet (Gran 2009:59). Mellom 30 og 40 prosent av pasientene har enten en remitterende eller intermitterende RA, med symptomer som kommer og går. Disse pasientene trenger ikke kontinuerlig medisinerings, men derimot kontinuerlig oppfølging (Danneskiold-Samsøe og Herlin 2011:143).

## **2.5 Symptomer**

Med tanke på at RA affiserer så mange ledd i kroppen, og fordi det foregår en kronisk inflammasjonsprosess i disse leddene, er smerter et av de sentrale symptomene på RA.

Pasienter med RA opplever også ofte tretthet på grunn av smerter, redusert søvnkvalitet og nedsatt allmenntilstand (Danneskiold-Samsøe og Herlin 2011:Kap. 6).

Inflammasjonstendensen i kroppen kan også føre til tretthet, og om lag 20 prosent av pasientene med RA får i tillegg Sjøgrens sykdom, som gir tretthet og sykdomsfølelse (ibid.). I korthet kan man si at smerter, tretthet og funksjonstap er de vanligste, fysiske symptomene hos pasienter med RA.

## **2.6 Psykiske reaksjoner på å leve med RA**

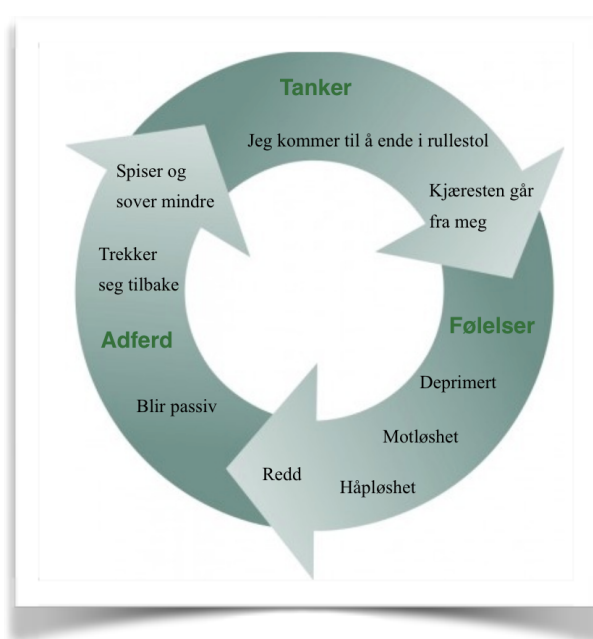
Å få en kronisk sykdom, som RA, innebærer for de fleste en stor forandring. Sorg, bekymring og engstelse er naturlige reaksjoner (Fjerstad 2010:151). Kronisk sykdom er en av de sterkeste risikofaktorene for å utvikle angst og depresjon. Forekomst av depresjon og angst blant personer med RA er mellom 20 og 40 prosent, og disse komplikasjonene øker risikoen for å bli sykere, mer funksjonshemmet og for å dø av sykdommen (ibid.).

RA påvirker pasientens liv på flere måter. Smerter, tretthet og redusert funksjon gjør det vanskelig å gjennomføre hverdagslige aktiviteter. I tillegg kan ødeleggelsen av leddene resultere i feilstillinger som gjør sykdommen synlig for andre, og pasienten kan oppleve at folk stirrer og kommer med sårende kommentarer (Fjerstad 2010:104). RA er en sykdom som man ikke blir frisk av, og dette medfører en ekstra belastning. Tretthet, smerter og at man kanskje ser litt annerledes ut, kan medføre at pasienten ikke oppsøker sosiale situasjoner. Pasienten kan da isolere seg, bli deprimert og arbeidsledig. Pasienten får dermed redusert livskvalitet (Danneskiold-Samsøe og Herlin 2011:22-24). Det kan være svært vanskelig å

opprettholde livsglede og motivasjon til helsefremmende aktiviteter når man opplever kraftig fysisk og psykisk motgang. Som Fjerstad (2010) uttrykker det: «Det følger ingen bruksanvisning med en kronisk lidelse».

Vonde tanker og følelser er naturlig å ha når man har RA, men dette kan utvikle seg til «depressiv grubling», som er en risikofaktor for å utvikle depresjon (Fjerstad 2010:160).

«En ond sirkel ved depresjon» (Fjerstad 2010:161) kan beskrive hvordan psykiske reaksjoner på RA kan påvirke tanker, følelser og adferd (egenprodusert grafisk fremstilling, basert på Fjerstad 2010:161):



## 2.7 Stress og sykdom

En stressfaktor kan defineres som «et krav som det ikke finnes noen umiddelbar eller automatisk respons på» (Antonovsky 1987:50). Siden syttitallet er det utviklet mange teorier om stress innen psykologi, medisin og sykepleie (Rice 2012:37). Denne oppgaven handler om å håndtere stressfaktorer, så jeg vil kun kort nevne hvorfor det er viktig å lære seg å håndtere stress på en hensiktsmessig måte. Hjernen er knyttet til immunsystemet via to hovedsystemer; det autonome nervesystem og det nevroendokrine system (Rice 2012:44). Begge disse systemene signalerer til hjernen når organismen er truet av faktorer som, i pasienter med RAs tilfelle, er i og utenfor kroppen. Slike stressignaler påvirker kroppens evne til å fungere optimalt, blant annet knyttet til sårtilheling, smerteopplevelse og

ekserbasjoner (forverring, økt sykdomsaktivitet) av autoimmune sykdommer. For pasienter med RA kan stress øke inflammasjonstendensen, og dermed alvorlighetsgraden av ekserbasjonene (ibid.). Det er derfor viktig at pasienter med RA lærer seg å håndtere de stressende elementene som følger av sykdommen, med mål om å redusere sykdommens symptomer og alvorlighetsgrad.

## 2.8 Mestringsteorier

Nedenfor vil jeg først ta for meg den salutogene modellen av Antonovsky (1987), og deretter trekke noen korte paralleller til andre teorier om mestring. Den salutogene modellen er en mestringsteori som omtaler evner og egenskaper som danner grunnlaget for i hvilken grad man kan ta i bruk mestringsstrategier som er hensiktsmessige i den situasjonen man er i (ibid.). Slik sett, kan man antakelig si at den salutogene modellen beskriver en mental tilnærming til livet, og evnen til å håndtere de motgangene man står overfor.

### 2.8.1 Den salutogene modellen

Antonovskys (1987) salutogene modell beskriver faktorer som bidrar til at vi opprettholder god helse. Ordet salutogenese er utledet av helse («saluto») og opprinnelse eller tilblivelse («genese») (Store norske leksikon 2013). I motsetning til en patologisk tilnærming, som forklarer hvorfor folk bli syke, er den salutogene tilnærmingen en beskrivelse av ulike faktorer som skaper grobunn for helse (Antonovsky 1987:16). Utgangspunktet er at mennesker hele livet befinner seg i et kontinuum mellom helse og sykdom (ibid.):

**Helt frisk** — — — — — **Bare syk**

(Egenprodusert illustrasjon på kontinuumet mellom helt frisk og bare syk.)

Den salutogene modellen forsøker å svare på hvorfor noen befinner seg i den positive/venstre enden av kontinuumet mellom helse og sykdom, og hva som gjør at de beveger seg i den retningen (Antonovsky 1987:16). Etter en rekke intervjuer av mennesker som har opplevd vanskelige situasjoner, formulerte Antonovsky (1987) en teori om hva som bidrar til at noen mennesker har det godt til tross for store livsbelastninger. Teorien er uttrykt i det overordnede begrepet opplevelse av sammenheng (OAS) (eng: «sense of coherence: SOC») (Antonovsky

1987:17). OAS danner en overordnet forståelse av faktorene som setter oss i stand til å håndtere motgang og vanskelige omstendigheter (ibid.).

### 2.8.2 Opplevelse av sammenheng (OAS)

Begrepet OAS omfatter tre kjernekomponenter som personer med høy OAS skårer høyt på: Begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky 1987:39). Oversikten nedenfor er hentet fra «Helsens mysterium, den salutogene modellen» (Antonovsky 1987:39-41).

**Begripelighet** handler om i hvilken grad man opplever et ytre eller indre stimuli (en situasjon, hendelse, symptom, følelse) som forståelig, sammenhengende og strukturert. Det motsatte vil være at man opplever situasjonen eller informasjonen som kaotisk, uorganisert, uventet og uforståelig. Mennesker som opplever høy grad av begripelighet, oppfatter oftere nye hendelser og situasjoner som forståelige og mulige å håndtere. Høy begripelighet innebærer en tro på at situasjonen er en logisk konsekvens av sammenhengen, og at den kan håndteres.

**Håndterbarhet** handler om i hvilken grad man opplever at man har tilstrekkelige ressurser til å takle kravene man blir stilt overfor. Dette er ressurser man opplever å ha kontroll over, som egne evner og kunnskaper, eller andre mennesker som man kan få hjelp av (sykepleier, venn, familie). De som opplever høy grad av håndterbarhet, føler sjeldnere at de er offer for omstendighetene, eller at livet er urettferdig.

**Meningsfullhet** er OAS' motivasjonselement. Det handler om ting i livet som gir glede og mening, og som er viktig å engasjere seg følelsesmessig i. Å ha høy grad av meningsfullhet innebærer at man har aktiviteter som er viktig for en, og at muligheten til å gjennomføre disse aktivitetene kan motivere til endring, eller opprettholdelse av helse. Å se mening i tilværelsen, er også en forutsetning for å begripe og håndtere tilværelsen. Meningsfullhet er derfor det viktigste elementet i OAS, og en forutsetning for motivasjon til å utføre helsefremmende tiltak.

Begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet omtales av Antonovsky som «generelle motstandsressurser» (Antonovsky 1987:42). Mennesker som opplever høy grad av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (høy OAS), har større ressurser til å håndtere indre og ytre stressfaktorer. Derimot kan det være slik at man i én situasjon har sterk OAS, mens man i en annen situasjon har svakere OAS. Dette kan være resultat av at én av elementene i opplevelsen av sammenheng (OAS) i nettopp den situasjonen er lav (ibid.). En person med høy OAS vil i mindre grad oppleve ytre eller indre stimuli som stressfaktorer (Antonovsky 1987). Denne personen har dermed gode motstandsressurser. Når ytre og indre stimuli oppfattes som stressfaktorer, oppstår det et motstandsunderskudd, og situasjonen blir ubegripelig og uhåndterbar. Pasienten med motstandsunderskudd opplever kanskje lite meningsfullhet ellers i tilværelsen (Antonovsky 1987:50). Hvis vi skal knytte dette til utfordringene en pasient med RA står overfor, kan det eksemplifiseres slik:

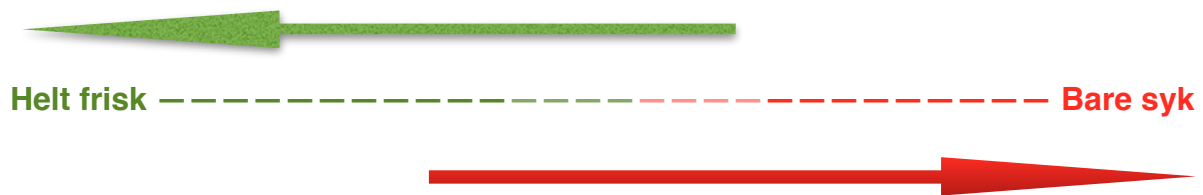
Pasienten får beskjed om at hun vil ha RA hele livet, men at medisiner og fysisk aktivitet kan gjøre sykdommen mindre smertefull og invalidiserende.

- Lav OAS: «Det er typisk at jeg får denne diagnosen, og jeg tror ikke at fysisk aktivitet og medisiner kan hjelpe noe på denne alvorlige sykdommen».
- Høy OAS: «Det er dumt å få denne diagnosen, men jeg skal trene så mye jeg orker og følge legens råd om medisiner. Er det noen som kan holde denne sykdommen i sjakk, så er det meg».

Sitatene over er kun en illustrasjon på hvordan begrepene begripelighet og håndterbarhet kan gjenspeiles i pasientens tanker, og dermed handlingsmønster. Det er lett å tenke seg at opplevelse av mening er av stor betydning. Med ønsker, drømmer og mål, kan tiltakene man må gjøre ha en hensikt, og dermed gi mening.

Med lav opplevelse av sammenheng (OAS) er det en risiko for at pasienten unnlater å gjennomføre helsefremmende aktiviteter, som fysisk aktivitet og medisiner. Illustrasjonen under (egen grafisk forklaring av teksten) viser hvordan disse faktorene plasserer en pasient med henholdsvis høy og lav OAS på kontinuumet mellom helse og sykdom:

Med *høy* OAS befinner pasienten seg oftest i dette området, og i denne retningen, av skalaen.



Med *lav* OAS befinner pasienten seg oftest i dette området, og i denne retningen, av skalaen.

OAS er her presentert i en subjektiv form, det vil si hvordan pasienten vurderer seg selv og sin situasjon. Begrepet «kontinuum fra helse til sykdom» har flere variabler, og måler blant annet hvordan behandleren vurderer pasientens plassering på skalaen (Rice 2012:185). Denne parameteren er utelatt her.

Antonovsky (1987) skiller mellom ulike typer stressfaktorer, og deler dem inn i tre hovedtyper: kroniske stressfaktorer, vesentlige livsbegivenheter og akutte, daglige irritasjonsmomenter (Antonovsky 1987:50). Uten å gå nærmere inn på disse, vil jeg forutsette at en pasient med RA er eksponert for alle disse formene for stress i sin daglige tilværelse med sykdommen.

### 2.8.3 Utvikling og påvirkning av OAS

Hva er det som gjør at noen har høy opplevelse av sammenheng (OAS) og andre lav? Og kan vi påvirke dette?

Forskere innen mestringsteori er enige om at det er flere faktorer som påvirker vår evne til å håndtere livets utfordringer (Rice 2012:334). Oppvekst, sosioøkonomisk status, kultur, personlighet, tidligere erfaringer, utdanning og sosial støtte er faktorer som påvirker denne evnen (ibid.). Antonovsky har funnet en sterk sammenheng mellom graden av OAS og menneskers evne til å håndtere vanskelige situasjoner (Antonovsky 1987:162). Med høy OAS tar man i bruk ulike strategier og ressurser som passer den situasjonen man står overfor (ibid.).

OAS dannes i tidlig voksenalder. Var livet i denne perioden meningsfylt, begripelig og håndterlig? Tidligere erfaringer er avgjørende for hvor høy grad av OAS man har. En person med høy OAS kan derimot oppleve at den for en periode blir redusert, og en person med lav

OAS kan oppleve seg mer motstandsdyktig i en gitt situasjon (Antonovsky 1987:136). OAS er derfor ikke et stabilt fenomen som ikke lar seg påvirke, og helsepersonells møte med pasienten har betydning for pasientens opplevelse av OAS. Utilstrekkelig, og kanskje upersonlig informasjon, kan midlertidig skade OAS, mens en god og imøtekommende samtale kan styrke OAS (ibid.).

OAS kan også påvirkes ved hjelp av individualterapi og organisatoriske tiltak (Antonovsky 1987:138). Gjennom individualterapi kan pasienten bli bevisst på egne tanke- og handlingsmønstre, og gjennom å organisere hverdagen eller arbeidsplassen, kan man øke opplevelsen av begripelighet og håndterbarhet (ibid.).

#### 2.8.4 Fellestrekk med andre mestringsteorier

For å sette den saulogene modellen i et større perspektiv, kan det vært nyttig å se på hva den har felles med andre mestringsteorier. Både Antonovsky (1987:74-81) og andre forskere er enige om at det er flere likheter ved ulike mestringsteorier. Det er også slik at tidligere forskning innen mestring bidro til utviklingen av OAS-teorien (Antonovsky 1987:56). En kort innføring i andre mestringsteorier er oppført i skjemaet under. Disse er kun et utdrag av teorier som kan settes i sammenheng med OAS:

Forsker(e)	Teori	Innhold/mestringsstrategi
Seligman (1975)	Lært hjelpeløshet (Learned helplessness)	Manglende tiltro til at noe kan gjøres for å avhjelpe situasjonen. Dette medfører redusert evne til å utføre helsefremmende tiltak.
Lazarus og Folkman (1984)	Problemfokusert og emosjonsfokusert mestring (problem focused and emotion focused coping)	Hvordan problemet «angripes». Problemfokusert: Lære om sykdommen, endre livsstil og utføre tiltak. Emosjonsfokusert: Tenke om problemet på en annen måte, fornekte eller trygge seg selv.

Jeg skiller her mellom mestringsteori, som er plassert i den midterste kolonnen, og mestringsstrategiene som karakteriserer denne teorien. I praksis kan man si at det dreier seg om et skille mellom teori og praksis; det teoretiske utgangspunktet, og pasientens praktiske handlinger eller mentale tilnærming (tanker, følelser).



Hvis vi ser teoriene over i sammenheng med den salutogene modellen, ser vi at det kan trekkes paralleller mellom dem, og at de til en viss grad inneholder variabler av samme fenomen. Antonovsky (1987) beskriver høy OAS som et resultat av at man har tilstrekkelige motstandsressurser til å ta i bruk hensiktsmessige mestringsstrategier i en gitt situasjon. En person med høy opplevelse av sammenheng (OAS) kan bruke problemfokuset mestringsstrategi (Lazarus og Folkman 1984) som mestringsstrategi dersom situasjonen tilsier det, men evnen til å være fleksibel i valg av mestringsstrategi, er avhengig av graden av OAS (Antonovsky 1987:162) I forskningsartikler om mestringsstrategier er begrepene ofte omtalt som mestringsstrategier (coping) generelt, eller uttalt eksplisitt i én eller flere variabler (for eksempel OAS, deler av OAS eller hjelpeløshet). I denne oppgaven skal jeg forsøke å finne ut om enkelte mestringsstrategier er mer betydningsfulle enn andre når det gjelder påvirkning av livskvalitet hos pasienter med RA.

### 3 Metode

Denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie, der funnene som presenteres er basert på nyere forskning. Jeg har valgt litteraturstudie fordi jeg ønsket å undersøke hva nyere forskning om mestringsstrategier har funnet om effektene av ulike mestringsstrategier, med hovedfokus på den salutogene modellen (Antonovsky 1987). Søk er gjort i databaser med fagfelle-vurderte forskningsartikler. De fleste artiklene som presenteres i funnene er kvantitative tverrsnittstudier. Én artikkel er basert på fokusgruppeintervju. De kvantitative studiene har brukt spørreskjemaer, noen med kontrollgruppe og andre uten.

Teorien er hentet fra faglitteratur og forskningsartikler, i tillegg til pensumlitteratur fra bachelorutdanningen i sykepleie. Jeg har valgt forskning knyttet til mennesker som bor i Europa og USA, da jeg forutsetter at disse områdene har en befolkningssammensetning, kultur og forskningstilnærming som er overførbare til norske forhold.

Jeg har aktivt søkt etter nyere forskningsartikler, da temaet mestringsstrategier er forsket mye på de siste 15 årene. Fem av seks artikler er under to år gamle, og én artikkel er i underkant av fem år gammel.

### **3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

**Inklusjonskriterier:** Pasienter bosatt i Europa og USA. Artikler om mestring generelt, eller mestringsstrategier spesielt. Revmatoid artritt, muskel- og skjelettsykdommer. Mestring knyttet til smerter, fysisk funksjon og livskvalitet.

**Eksklusjonskriterier:** Forskning eldre enn fem år. Forskning utelukkende på eldre, barn og ungdom. Forskning på pasienter i Asia, Afrika, Sør-Amerika og Oseania.

### **3.2 Databaser og søk**

**Søkeord:** Coping, rheumatoid arthritis, sense of coherence, salutogenesis, meaningfulness, self-efficacy, quality of life, life satisfaction, well-being, pain, case-study, smerte, mestring, opplevelse av sammenheng, salutogenese og revmatoid artritt.

Det er søkt på kombinasjoner av disse ordene.

**Databaser søk:** CINAHL, PubMed, Cochrane, BioMed Central, PsycInfo, British medical journal (BMJ), Sykepleien og Tidsskrift for Den norske legeförening.

**Databaser, funn:**

- CINAHL: Artikkel 2, 5 og 6
- PubMed: Artikkel 3 og 4
- BioMed Central: Artikkel 1

Hensikten med søkekriteriene var å finne nyere forskning om hvilke mestringsstrategier som har vist seg å være av betydning for livskvaliteten til pasienter med RA. Livskvalitet er i denne sammenheng likestilt med de engelske begrepene «life satisfaction», «well-being» og «quality of life». Søkene er utført i januar og februar 2014, og jeg har valgt ut de nyeste og mest relevante (for problemstillingen) artiklene. Noen av artiklene kommer opp i flere databaser.

### **3.3 Kritikk av metode og artikler**

En litteraturstudie har begrenset ytre validitet (gyldighet, holdbarhet), da studien bygger på et selektert utvalg av forskningsartikler. Man kan ikke utelukke at andre søkekriterier eller et annet utvalg ville gitt motstridende resultater. De utvalgte artiklene er gjennomført med vitenskapelig, kvantitativ eller kvalitativ metode, og er fagfellevurdert. Man kan dermed anta

at artiklene har god indre validitet, med de begrensninger som forfatterne selv oppgir (omtalt som «kritikk» i oversikten over funn i kapittel 4). Forskningsartiklene har brukt validerte, anerkjente spørreskjemaer, og dette øker forskningens indre validitet. Det vil alltid finnes en risiko for konfunderende variabler (ukjent faktor som påvirker svarene) når man bruker spørreskjemaer og selvrapporing. Artikkelforfatterne har i stor grad forsøkt å kontrollere for uavhengige variabler, som helsestatus inntekt, utdanning, sosiale forhold, alder og kjønn. Ukjente, konfunderende variabler, som svarstrategi, sinnsstemning, motivasjon, pasientutvalg og språklige misforståelser, vil alltid kunne forekomme ved selvrapporing. Artikkelforfatterne i de fleste av artiklene påpeker at retesting av funnene vil bidra til å øke forskningens reliabilitet (pålitelighet). Fem av artiklene som presenteres i kapittel 4, er tverrsnittstudier. En tverrsnittstudie kan ikke si noe om årsaksforhold, den kan kun si noe om hvordan ulike variabler varierer med hverandre (korrelasjonsstudier). Én artikkel er basert på fokusgruppeintervju, og er et kvalitativt studie med totalt 12 deltakere. Generaliserbarheten er derfor begrenset.

### **3.4 Ethiske overveielser**

Ethiske overveielser innebærer at vi tenker gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt medfører, og hvordan de kan håndteres (Dalland 2012:95). I denne oppgaven har jeg brukt faglitteratur og forskningsartikler. Jeg legger til grunn at disse kildene følger internasjonale og nasjonale etiske standarder. Denne oppgaven behandler ingen opplysninger som er underlagt personvern, samtykkelovgivning eller etiske godkjenningsordninger. Det har derfor ikke vært nødvendig å foreta noen etiske vurderinger av betydning.

## **4 Funn**

Som nevnt i metodedelen, har jeg valgt å likestille livskvalitet med de engelske begrepene «quality of life», «emotional well-being» og «life satisfaction», da disse i viss grad omtales om hverandre i forskningen, og basert på antagelsen at alle begrepene har betydning for pasientens subjektive livskvalitet. Når artiklene handler om mestring («coping»), har jeg forsøkt å finne konkrete eksempler på hvilken mestringsstrategi som har vist seg å ha en positiv eller negativ effekt på livskvalitet. Ved også å vite noe om hvilke mestringsstrategier

som virker negativt, kan sykepleiere enklere identifisere disse og bidra til å redusere eller eliminere strategiene. Et ofte forekommende, fysisk symptom hos pasienter med RA, er smerter. Jeg presenterer derfor også artikler som har undersøkt hvilke faktorer som har betydning for å håndtere smerter, og hvilken betydning smertehåndteringen har for pasientens livskvalitet. Avlutningsvis presenterer jeg en artikkel som har undersøkt hva pasienter med RA og artrose ønsker at sykepleiere kan om mestring, og hvordan de ønsker at sykepleiere hjelper dem med å mestre sykdommen.

#### 4.1 Artikkel 1: *Opplevelse av sammenheng og livskvalitet*

Forfatter(e) og år	Chumbler et al. (2013)
Tittel	Association between sense of coherence and health-related quality of life among primary care patients with chronic musculoskeletal pain
Design	Randomisert, kontrollert tverrsnittstudie basert på spørreskjema. Kvantitativt.
Publiseringssted	Health and Quality of Life Outcomes/BioMed Central, UK.

**Hensikt:** Studien undersøker om en sterk OAS har sammenheng med redusert smerte og økt livskvalitet hos pasienter med kroniske smerter.

**Metode:** Spørreskjema ble besvart av 250 pasienter med vedvarende muskel- og skjelettsmerter (over tre måneder). Alder var 28 til 66 år, og 82,8 prosent var menn og 17,2 prosent kvinner. Smerter, OAS og livskvalitet ble målt ved hjelp av tematiske spørreskjemaer.

**Resultater:** Det ble funnet en sterk sammenheng (negativ korrelasjon) mellom høy OAS og smerter og invaliditet. Negativ korrelasjon innebærer at høy OAS gir mindre smerter og mindre invaliditet. Høy OAS hadde også positiv påvirkning på tro på egen smertemestring («pain self-efficacy) og alle variablene innen livskvalitet.

**Råd til sykepleiere/helsepersonell:** Det er viktig at sykepleiere har kunnskap om sammenhengen mellom opplevelse av sammenheng (OAS) og mestring av stress, slik at de kan lage et individuelt tilrettelagt behandlingstilbud. Elementene i OAS bør kartlegges og vektlegges i behandlingstilbudet. Indre og ytre ressurser bør kartlegges for å bidra til å styrke pasientens opplevelse av meningsfullhet, begripelighet og håndterbarhet.

**Kritikk:** Studien er gjort på militærveteraner, og derfor kan ha redusert generaliserbarhet til andre pasientgrupper. Studien inkluderer frivillige deltakere, noe som kan gi en utvelgelses-

skjevhet («selection bias»). Studien omfatter ikke kun pasienter med RA. Studien påpeker kun korreasjoner mellom ulike variabler, og gir derfor ingen kausale forklaringer.

#### 4.2 Artikkel 2: Mestringsstrategier og mental og fysisk velvære

Forfatter(e) og år	Englbrecht et al. (2012)
Tittel	The impact of coping strategies on mental and physical well-being in patients with rheumatoid arthritis
Design	Internasjonal tverrsnittstudie basert på spørreskjema. Kvantitativ.
Publiseringssted	Seminars in Arthritis and Rheumatism, New York, USA

**Hensikt:** Å undersøke om mestringsstrategier, mestringseffektivitet («coping effectiveness»), hjelpeløshet og mental og fysisk velvære kan være indikatorer for å måle livskvalitet.

**Metode:** 434 pasienter (kvinner og menn) med RA fra 14 europeiske land deltok i en spørreundersøkelse ved å fylle ut et spørreskjema. Gjennomsnittsalder 56 år. Spørreskjemaet er basert på tidligere studier på pasienter med RA i Kanada.

**Resultater:** De mest brukte mestringsstrategiene blant pasientene var emosjonsfokusert og problemfokusert mestring. Problemfokusert mestring ga økt opplevelse av mestringseffektivitet («det jeg foretar meg virker»). Valg av disse mestringsstrategiene påvirket livskvaliteten positivt. Kvinner opplevde i større grad enn menn hjelpeløshet i håndteringen av RA. Hjelpeløshet øker smertepåvirkning og reduserer fysisk og mental velvære.

**Råd til sykepleiere/helsepersonell:** Helsepersonell bør hjelpe pasienter med å ta i bruk effektive mestringsstrategier, som problem- og emosjonsfokusert mestring. Sykepleiere bør hjelpe pasientene med å endre perspektiv (emosjonsfokusert mestring), for å unngå opplevelse av hjelpeløshet.

**Kritikk:** Spørreskjemaene var opprinnelig på engelsk, og lingvistiske variabler kan gjøre seg gjeldende. Andre faktorer kan påvirke mestringseffektiviteten og livskvaliteten hos pasienter med RA, som personlighetstekk, sosial støtte, andre livsbelastninger og livssyn. Studien viser kun korreasjoner mellom ulike variabler, og gir derfor ingen kausale forklaringer.

### 4.3 Artikkel 3: Smerter, mestring og livskvalitet

Forfatter(e) og år	Anke, Damsgård og Røe (2013)
Tittel	Life satisfaction in subjects with long-term musculoskeletal pain in relation to pain intensity, pain distribution and coping
Design	Tverrsnittstudie basert på spørreskjema. Kvantitativ.
Publiseringssted	Journal of rehabilitation medicine, Uppsala, Sverige.

**Hensikt:** Å undersøke livskvaliteten blant pasienter med langvarige muskel- og skjelettsmerter, knyttet til smertekarakteristikk og mestring.

**Metode:** 242 pasienter fylte ut spørreskjema om livskvalitet, mestringstro, OAS, smertepåvirkning og smerteintensitet. Alder var 18 til 67 år. Alle deltakerne hadde hatt muskel- og skjelettsmerter i over 6 måneder, 90 prosent hadde hatt smerter i over 1 år og 23 prosent over 10 år.

**Resultater:** Livskvaliteten var negativt korrelert med smerteintensitet; mer smerter – lavere livskvalitet. Men til tross for stor smertebelastning, svarte flere deltakere at de var fornøyd med livet. Dette viser at ikke bare smertene påvirker livskvaliteten, men at også andre faktorer spiller inn. Høy opplevelse av sammenheng (OAS) øker evnen til å håndtere smerter, men sterke smerter over tid, reduserer OAS. Kontroll over smertene (håndterbarhet) var avgjørende for grad av livskvalitet; opplevelse av kontroll økte livskvaliteten.

**Kritikk:** Studien mangler kontrollgruppe. Deltakernes utdanningsnivå (høyt) kan redusere generaliserbarheten til befolkningsgrupper med lavere utdannelse. Studien påpeker kun korreasjoner mellom ulike variabler, og gir derfor ingen kausale forklaringer.

### 4.4 Artikkel 4: Psykisk stress, personlighet og livskvalitet

Forfatter(e) og år	Bai et al. (2009)
Tittel	The role of psychological distress and personality variables in the disablement process in rheumatoid arthritis
Design	Kontrollert tverrsnittstudie basert på spørreskjema. Kvantitativ.
Publiseringssted	Scandinavian journal of rheumatology, Aarhus, Danmark

**Hensikt:** Å undersøke hvordan psykisk stress og personlighetsfaktorer påvirker fysisk helse og livskvalitet hos pasienter med RA.

**Metode:** 168 greske pasienter med RA svarte på spørreskjemaer innenfor psykisk stress, personlighet, OAS og livskvalitet. Gjennomsnittsalder 54 år.

**Resultater:** Sammenhengen mellom OAS og livskvalitet ble kun påvirket av opplevd psykisk stress, og var ellers stabil; høyere OAS ga høyere livskvalitet. Opplevelse av psykisk stress påvirket i stor grad hvordan deltakerne håndterte ytre stressfaktorer, som for eksempel smerter. Håndtering av psykisk stress er derfor avgjørende for pasientens livskvalitet.

**Kritikk:** Det kan også finnes andre faktorer som påvirker livskvalitet, som for eksempel sosial støtte. Studien påpeker kun korreasjoner mellom ulike variabler, og gir derfor ingen kausale forklaringer.

#### 4.5 Artikkel 5: Fysisk funksjon og livskvalitet knyttet til sykdom og mestring

Forfatter(e) og år	Englbrecht et al. (2013)
Tittel	The Interaction of Physical Function and Emotional Well-being in Rheumatoid Arthritis—What is the Impact on Disease Activity and Coping?
Design	Tverrsnittstudie basert på spørreskjema. Kvantitativ.
Publiseringssted	Seminars in Arthritis and Rheumatism, New York, USA

**Hensikt:** Å undersøke hvordan interaksjonen mellom fysisk funksjon og livskvalitet påvirker sykdomsaktivitet og mestring (valg av mestringsstrategier).

**Metode:** 177 pasienter med RA fylte ut spørreskjemaer knyttet til fysisk funksjon, livskvalitet, revmatiske sykdomsaktivitet og mestring av revmatoid artritt. Gjennomsnittsalder 54 år.

**Resultater:** Pasienter med dårligst fysisk funksjon og lavest livskvalitet, rapporterte høyere sykdomsaktivitet. I tillegg hadde denne gruppen høyest forekomst av hjelpeløshet. Hjelpeløshet er knyttet til økt forekomst av smerter, høyere sykdomsaktivitet og depresjon. Problemfokuseret- og emosjonsfokuseret mestringsstrategi hadde positiv effekt på sykdomsaktivitet, fysisk funksjon og livskvalitet. Fysisk funksjon og livskvalitet er derfor ikke utelukkende avhengig av graden av sykdomsaktivitet, men også av hvilken mestringsstrategi man bruker.

**Råd til sykepleiere/helsepersonell:** Helsepersonell bør tilby psykisk/mental støtte for å forebygge hjelpeløshet. Lærings- og mestringskurs kan hjelpe pasienter med å tenke annerledes om situasjonen, og dermed redusere psykisk stress og opplevd hjelpeløshet. Helsepersonell bør hjelpe pasienten med å ta i bruk Problemfokuseret- og emosjonsfokuseret

mestringstrategi slik at pasienten opplever at sykdommen kan håndteres. Opplevelse av å håndtere sykdommen reduserer risikoen for depresjon.

**Kritikk:** 60 prosent av pasientene mottok biologisk legemiddelbehandling, noe som kan redusere generealiserbarheten til andre pasientgrupper med lavere alvorlighetsgrad av sykdommen. Kategorisering av fysisk funksjon og livskvalitet kan måles med andre måleverktøy.

#### 4.6 Artikkel 6: Hva pasienter med RA ønsker å lære sykepleiere

Forfatter(e) og år	Ryan et al. 2013
Tittel	«What I want clinicians to know» — experiences of people with arthritis
Design	Fokusgruppeintervju. Kvalitativ.
Publiseringssted	British Journal of Nursing, London, UK.

**Hensikt:** Å undersøke hvilke kunnskaper pasienter med artrose og RA ønsker at sykepleiere skal ha for å hjelpe dem med å mestre sykdommen.

**Metode:** Fokusgruppeintervju av fire britiske pasienter med artrose og åtte pasienter med RA. Det ble brukt semistrukturert intervjuguide.

**Resultater/råd til sykepleiere:** Pasientene ønsker at sykepleiere skal lytte, empatisere og hjelpe dem med å håndtere smerter. Pasientene ønsket psykisk støtte, og tid til samtaler om mestring av sykdommen i hverdagen. Pasientene ønsket veiledning om ikke-medikamentell og medikamentell smertelindring. Pasientene ønsket at sykepleier var en støttespiller i mestringen av sykdommen i hverdagen. Forskerne konkluderte med at det er viktig at sykepleiere utvikler kompetanse til å hjelpe pasienter med å mestre sykdommen og hverdagen.

## 5 Analyse og diskusjon

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke om forskning innen mestring kan si noe om hvilke mestringsstrategier som kan bidra til å øke livskvaliteten til pasienter med RA. Jeg har forutsatt at livskvalitet formes både av fysiske og psykiske faktorer. Det innebærer for eksempel at både smerter i seg selv, og hvordan man håndterer dem fysisk og psykisk, påvirker livskvaliteten. Nedenfor vil jeg drøfte hvordan smerter, psykisk stress og redusert



fysisk funksjon påvirker livskvaliteten, og hvilke mestringsstrategier som har vist seg å ha en positiv innvirkning på de ovennevnte faktorene og pasientens livskvalitet. Jeg vil også se nærmere på resultatene fra en forskningsartikkel som har undersøkt hva pasienter med RA ønsker at sykepleiere skal hjelpe dem med (Ryan et al. 2013). Til slutt i dette kapittelet, vil jeg redegjøre for funnenes antatte relevans for sykepleiepraksis.

### **5.1 Mestring knyttet til smerter**

Chumbler et al. (2013) undersøkte om høy opplevelse av sammenheng (OAS) kunne påvirke pasientenes opplevelse av smerte. De fant at pasienter med muskel- og skjelettsmerter og høy OAS, hadde vesentlig mindre smerter og lavere grad av invaliditet enn pasienter med lav OAS (Chumbler et al. 2013). De fant i tillegg at pasienter med høy OAS hadde større tro på egen smertemestring, og de rapporterte å ha høyere livskvalitet (ibid.). Med høy OAS opplever pasienten høy grad av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky 1987). At dette kan knyttes til hvordan man håndterer smerter, kan kanskje forklares med at pasientene opplevde å selv ha kontroll over situasjonen, og at de selv kan gjøre noe med den. Det reduserer antakelig også engstelse, og engstelse ser ut til å øke opplevelsen av smerte (Chumbler et al. 2013).

Smerter påvirker livskvaliteten, og livskvaliteten påvirker smerteopplevelsen (Anke, Damsgård og Røe 2013). Noe av det som er interessant med forskning på mestring, er at man forsøker å finne ut hvordan disse faktorene påvirker hverandre. Noen pasienter har svært redusert livskvalitet på grunn av smerter, mens andre har sterke smerter, men relativt høy livskvalitet (Anke, Damsgård og Røe 2013). Dette viser hvor viktig bruk av hensiktsmessige mestringsstrategier er for pasienter med RA, og at sykepleiere som har kunnskap om dette kan bidra positivt for pasientens helse og livskvalitet. Det tydeliggjør betydningen å ha det godt med seg selv og sammen med andre, og at dette påvirker smerteopplevelsen positivt (ibid.). I lys av disse funnene, er det viktig at sykepleier i møte med pasienter med smerter, inntar et helhetlig perspektiv til pasientens hverdag med sykdommen. Å bidra til å styrke opplevelsen av sammenheng (OAS) i pasientens liv, kan være en viktig del av det helhetlige perspektivet. Dette vil jeg komme nærmere inn på i kapittel 5.5.

Noe som har vist seg å påvirke smerter negativt, er opplevelse av hjelpeløshet (Englbrecht 2012). Englbrechts forskergruppe fant at pasienter som opplevde hjelpeløshet, hadde sterkere

smerter og lavere livskvalitet (ibid.). Hjelpeløshet er en konsekvens av at pasienten mister troen på at hun selv kan gjøre noe for å bli bedre, og at hun har mistet kontrollen over sykdommen (Seligman 1975). Pasienten blir da passiv, nedstemt og mer smertepåvirket. Forskning har vist at kvinner i større grad enn menn opplever hjelpeløshet (Englbrecht 2012). Forskerne diskuterte om årsaken til dette kan være at kvinner i større grad enn menn gir uttrykk for hjelpeløshet, eller om det er slik at kvinner opplever større sykdomsbelastning enn menn (ibid.). Sykepleiere som oppfatter signaler om hjelpeløshet fra sine pasienter, bør derfor utforske dette nærmere, og forsøke å hjelpe pasienten med å håndtere og begripe sin situasjon. Man kan rimeligvis anta at undervisning om sykdommen, symptomer, medisiner og mestringsstrategier kan bidra til å redusere hjelpeløshet. I tillegg er det viktig at pasienten opplever tilværelsen som meningsfull (Antonovsky 1987). Dersom sykepleier får inntrykk av at pasienten opplever lite meningsfullhet, kan hun bidra ved å kartlegge pasientens nettverk og eventuelt oppfordre til nettverksmøter. I nettverksmøter samles pasientens nettverk for å lære om sykdommen og diskutere hvordan de kan bidra til å støtte og hjelpe pasienten. Å oppleve at mestringsstrategien man bruker er effektiv, påvirker også hvordan man ser på egen helse (Englbrecht 2012). Pasientens smerteopplevelser inngår antakeligvis i vurderingen av egen helse, og når opplevelsen av egen helse er god, er smertene på et håndterbart nivå. Emosjonsfokusert- og problemfokusert mestring er mestringsstrategier som har vist seg å bidra positivt for egenopplevd helse (Englbrecht 2013). Ved emosjonsfokusert mestring velger man å kritisk vurdere sin situasjon og sine tanker, for deretter å endre hvordan man tenker om situasjonen. Problemfokusert mestring dreier seg om å utføre handlinger som kan være helsefremmende, for eksempel å lære mer om sykdommen, eller å trene (Lazarus og Folkman 1984). Begge disse mestringsstrategiene har vist seg å henge positivt sammen med egenopplevd mestringseffektivitet (Englbrecht 2012). Dette er aktive mestringsstrategier, som pasienten tar i bruk ved behov. I lys av den salutogene modellen (Antonovsky 1987), har evnen til å ta i bruk slike mestringsstrategier sammenheng med graden av opplevelse av sammenheng (OAS). Pasienter med høy OAS har ressurser til å ta i bruk ulike strategier for å håndtere ytre og indre stressfaktorer (Antonovsky 1987:42). Slik ser vi at enkelte mestringsstrategier, og evnen til å ta dem i bruk, henger sammen med grad av OAS, som igjen påvirker opplevelse av smerter og livskvalitet. Vi ser også at sykepleier kan bidra til å

redusere pasientens smerteopplevelse og øke pasientens livskvalitet ved å redusere pasientens opplevde hjelpeløshet og styrke pasientens opplevelse av sammenheng (OAS).

## **5.2 Mestring knyttet til psykisk stress**

Å leve med kronisk sykdom innebærer en hverdag preget av opp- og nedturer, både fysisk og psykisk. Vi kan alle kjenne igjen følelsene vi får når sykdom eller smerter preger dagen i perioder av livet. For pasienter med RA kan smerter prege hele dagen, hele livet. Pasientene kan havne i en ond sirkel (ref. kap. 2.6), der både fysiske og psykiske symptomer medfører nedstemthet (Fjerstad 2010:90). Pasienter med RA er i risikogruppen for å utvikle depresjon, på grunn av slike mekanismer (ibid.).

Ifølge den salutogene modellen, er opplevelse av at situasjonen er håndterbar et viktig aspekt ved OAS (Antonovsky 1987:40). Hvis man opplever å ikke håndtere sin situasjon, påvirker dette evnen til å mobilisere ressurser til å gjennomføre helsefremmende tiltak, og slik blir situasjonen en stressfaktor for pasienten (ibid.).

Tidligere har vi sett at høy opplevelse av sammenheng (OAS) er korrelert med høy livskvalitet (Chumblor et al. 2013). En faktor som kan påvirke denne sammenhengen, er psykisk stress (Bai et al. 2009). Psykisk stress påvirker livskvaliteten, selv om pasienten har høy OAS og generelt håndterer motgang (for eksempel smerter) hensiktsmessig (Bai et al. 2009). Det innebærer at når et ytre stimuli oppfattes som en stressfaktor, for eksempel at smertene ikke bare er vonde, men også skaper en stressreaksjon, påvirkes livskvaliteten negativt (Bai et al. 2009). Med gode motstandsressurser, kan denne konsekvensen unngås (Antonovsky 1987). Det er derfor viktig at sykepleiere kontinuerlig bidrar til å styrke pasientens motstandsressurser (OAS), slik at sykdommens konsekvenser i minst mulig grad oppleves som stressende (Chumblor et al. 2013). Smerter kan for eksempel håndteres greit til en begynnelse, men når de pågår over tid, eller medfører en innskrenkning av pasientens livsutfoldelse, kan smertene oppleves som en stressfaktor. Stress påvirker, som tidligere omtalt i kapittel 2.7, kroppens immunsystem, og bør derfor i så stor grad som mulig forebygges. Det er viktig at sykepleiere har kunnskap om sammenhengen mellom OAS og mestring av stress, slik at de kan lage et individuelt behandlingstilbud der pasientens OAS vektlegges (Chumblor et al. 2013). Indre og ytre ressurser bør kartlegges for å bidra til å styrke pasientens opplevelse av meningsfullhet, begripelighet og håndterbarhet (ibid.).

Antakelig er det for de fleste mennesker slik at det man ikke forstår oppleves som mer skremmende enn det man forstår og forventer. Opplevd stress, både indre (fra organismen; inflammasjon) og ytre (tanker, følelser, smerter) påvirker sykdomsforløpet og alvorlighetsgraden av RA (Rice 2012:52). Vi ser at når sykdommen og hverdagen oppleves som u håndterbar og ubegripelig, øker risikoen for psykisk stress, noe som medfører at livskvaliteten reduseres. Ved å styrke pasientens opplevelse av sammenheng (OAS), og å tilby individuelt tilrettelagt undervisning om mestring av stressfaktorer, kan pasientens livskvalitet øke (Chumbler et al. 2013).

### **5.3 Mestring knyttet til fysisk funksjon**

Det er lett å tenke seg at høy sykdomsaktivitet og redusert fysisk funksjon kan gi redusert livskvalitet. Pasienter med dårligst fysisk funksjon og lavest rapportert livskvalitet, har også rapportert høyest sykdomsaktivitet (Englbrecht et al. 2013). Det er derimot ikke slik at høy sykdomsaktivitet alltid resulterer i redusert funksjon og redusert livskvalitet. Englbrecht et al. (2013) fant at opplevelsen av sykdomsaktivitet ikke hadde en forutsigbar sammenheng med fysisk funksjon og livskvalitet; valg av mestringsstrategi påvirket i stor grad hvordan pasientene opplevde sykdomsaktiviteten. Valg av mestringsstrategi påvirket både fysisk funksjon og livskvalitet. Mestringsstrategiene med positiv effekt på fysisk funksjon og livskvalitet, er ifølge denne artikkelen problem- og emosjonsfokusert mestring (ibid.), og som allerede omtalt, er dette en av mestringsstrategiene innenfor mestringsteorien til Lazarus og Folkman (1984). Ved problem- og emosjonsfokusert mestringsstrategi, velger pasienten å aktivt forholde seg til utfordringen ved å utføre nødvendige tiltak (Lazarus og Folkman 1984). Et eksempel på problemfokusert mestring: «Jeg må lære mer om sykdommen og hvordan jeg holder den i sjakk. Jeg skal kjøpe meg treningsutstyr og lære avspenningsteknikk, for det har jeg hørt hjelper». Her utfører pasienten aktive handlinger for å håndtere problemer som oppstår. Emosjonsfokusert mestring: «Jeg hadde en drøm om å bli sykepleier, men det kan være greit å jobbe som helsesekretær også. Det blir sikkert lettere for meg, selv om det ikke er like spennende.» Her velger pasienten å tenke annerledes på et problem, og hun forsøker å se positivt på situasjonen. Det er sannsynligvis slik at pasienter med RA og redusert funksjon, ofte opplever å måtte endre kravene til seg selv og målene de har i sin tilværelse. Dette er aktuelle problemstillinger i sykepleiers møte med pasienten, da

uoppnåelige mål kan resultere i opplevd hjelpeløshet (Englbrecht 2013). Sykepleiere bør hjelpe pasienter med å tenke annerledes om situasjonen for å unngå nettopp dette (ibid.). Sykepleier kan for eksempel hjelpe pasienten med å sette oppnåelige mål, og styrke pasientens opplevelse av at også andre måter å gjøre ting på kan være meningsfulle. Denne aktive problemløsningen kan knyttes til flere elementer i Antonovskys (1987) OAS, blant annet håndterbarhet og meningsfullhet. Ved å foreta aktive og mentale handlinger som gjør situasjonen bedre, er det rimelig å anta at pasienten opplever høyere grad av håndterbarhet. Ved å endre målene sine, og å skape mening i en ny situasjon, øker meningsfullheten. Et interessant spørsmål er om pasienter som bruker disse mestringsstrategiene får høyere opplevelse av sammenheng (OAS), eller om de allerede har en høy OAS siden de klarer dette? Jeg antar at det kan fungere litt begge veier, men flere forskere har knyttet høy OAS til økt mestringssevne i vid forstand (Antonovsky 1987, Chumbler et al. 2013, Anke, Damsgård og Røe 2013 og Bai et al. 2009). Å ha redusert fysisk funksjon medfører derfor ikke automatisk redusert livskvalitet. Hvilke mestringsstrategier man tar i bruk for å håndtere konsekvensene av sykdommen, er også av betydning for livskvaliteten. Sykepleiere som møter pasienter med RA, kan bidra positivt for pasientens livskvalitet ved å hjelpe pasienten med å endre perspektiv og å finne mening i nye mål for tilværelsen.

#### **5.4 Hva ønsker pasientene av sykepleierne?**

Det er viktig å utvikle teorier om mestringsstrategier som pasienter kan lære seg for å håndtere sin sykdom, men det kan være minst like viktig å lytte til hva pasientene selv uttrykker behov for. Nyere lovgivning (som nevnt i kapittel 2), legger også en sterkere pasientmedvirkning til grunn for dagens helsetjenester. I dette perspektivet, er forskningen til Ryan et al. (2013) et lyspunkt. Hennes forskergruppe har foretatt gruppeintervjuer av pasienter med artrose og RA, med mål om å finne ut hva de ønsker av sine sykepleiere (Ryan et al. 2013). En av grunnene til at de ønsket å forske på dette, var at sykdommen ikke kan kureres, og at pasientene dermed er avhengige av å utvikle kunnskap og ferdigheter til å i stor grad mestre sykdommen på egen hånd. I tillegg ønsket de å finne ut hva pasientene opplevde som meningsfulle bidrag fra sykepleierne, for deretter å overføre denne kunnskapen til praksis.

Flere temaer ble diskutert blant deltakerne, blant annet «å leve med smerter», «behov for egenmestring» og «psykisk støtte». Smerte var pasientenes hovedutfordring, og de ønsket veiledning av sykepleieren om både ikke-medikamentell- og medikamentell smertelindring. Eksempler på tiltak de ønsket veiledning om, var avspenning, trening, akupunktur og avledningsteknikker (ibid.). I lys av den salutogene modellen, er det rimelig å anta at disse pasientene hadde høy opplevelse av sammenheng (OAS) og evne til å sette seg inn i aktuelle helsefremmende tiltak. Allikevel ønsket de at konkrete råd skulle komme fra sykepleieren. Avspenning, trening og avledningsteknikker kan kategoriseres som problemfokuserte og emosjonsfokuserte mestringsstrategier, og disse strategiene har vist seg å være hensiktsmessige for å øke livskvaliteten (Englbrecht 2012).

Deltakerne uttrykket også ønske om å få informasjon om hvordan de selv kunne bidra aktivt i samarbeidet med helsetjenesten, slik at de på en bedre måte kunne håndtere (eng: «self-manage») sykdommen (Ryan et al. 2013). Håndterbarhet er en viktig motstandsressurs i den salutogene modellen (Antonovsky 1987), og artikkelens funn viser hvor viktig det er for sykepleiere å styrke pasientenes evne til å håndtere sykdommen i hverdagen.

Pasientene opplevde at kroniske smerter resulterte i nedstemthet og depresjon, og de ønsket at sykepleiere satt av tid til å snakke med dem om dette (Ryan et al. 2013). Disse uttalelsene er i tråd med «En ond sirkel ved depresjon», som beskriver hvordan psykiske reaksjoner på RA kan påvirke tanker, følelser og adferd (Fjerstad 2010:161). Pasientene uttrykte at jevnlig samtaler med sykepleier om smerter og håndtering av disse, ville kunne forebygge depresjon og nedstemthet (Ryan et al. 2013). Med tanke på det vi vet om psykisk stress og inadekvate mestringsstrategiers negative påvirkning på sykdommens alvorlighetsgrad og pasientens livskvalitet, kan dermed sykepleierens møte med pasientene være av stor betydning. Funnene i artikkelen (Ryan et al. 2013) tydeliggjør hvor viktig det er med helhetlig sykepleie; å se pasienten der de er, og hjelpe dem med å mestre både symptomer og hverdagen med sykdommen.

### **5.5 Relevans for sykepleiepraksis**

Som nevnt i innledningen, tror jeg at sykepleiere i enda større grad enn i dag, kan bidra positivt i behandlingen av pasienter med RA. Forskningsartiklene som er inkludert i denne oppgaven, viser at det er flere faktorer som påvirker pasientenes smerteopplevelse, fysisk

funksjon, psykisk stress og livskvalitet. Bruk av effektive mestringsstrategier ser ut til å kunne påvirke flere av de negative konsekvensene av RA (Antonovsky 1987, Chumbler et al. 2013, Anke, Damsgård og Røe 2013 og Bai et al. 2009). Samarbeid mellom pasient og sykepleier er derfor viktig for å kunne etablere slike mestringsstrategier (Ryan et al. 2013), med mål om å redusere sykdommens konsekvenser for pasienten. Når sykepleiere vet hvilke mestringsstrategier som antas å ha en positiv effekt på pasientens livskvalitet, kan hun veilede pasienten i bruk av disse. Som vi har sett av teoriene og forskningen over, er det viktig å oppleve håndterbarhet, begripelighet og meningsfullhet for å ha høy opplevelse av sammenheng (OAS) (Antonovsky 1987). Ved høy OAS, er man også bedre rustet til å ta i bruk hensiktsmessige mestringsstrategier tilpasset situasjonen man er i (ibid.).

Sykepleier kan kartlegge pasientens OAS ved hjelp av et OAS-spørreskjema, og finne pasientens styrker og svakheter (Antonovsky 1987:195). Samtaler og sykepleieintervensjoner rettes mot svake sider, med mål om å styrke pasientens OAS. Håndterbarhet og begripelighet kan styrkes ved at pasienten har tilstrekkelig og tilpasset informasjon om sykdommen og helsefremmende aktiviteter. Hvis sykepleier får inntrykk av at pasienten opplever hjelpeløshet eller lite mening i tilværelsen, er det viktig at sykepleieintervensjonene rettes inn mot å bedre denne situasjonen (Chumbler et al. 2013). En måte å gjøre dette på, er å kartlegge pasientens ressurser, mål, drømmer og nettverk, og bidra til at pasienten setter realistiske mål i tilværelsen. I lys av forskningen i denne oppgaven, er det vesentlig at sykepleier oppdager svake sider i pasientens OAS, med mål om å styrke disse (ibid.).

To mestringsstrategier som har vist seg å ha effekt, er problem- og emosjonsfokuset mestring (Englbrecht 2013). Opplevelse av hjelpeløshet er sterkt korrelert med smerteintensitet og lav livskvalitet (Englbrecht 2012). Sykepleiere i kontakt med pasienter med RA bør derfor aktivt samtale med pasienten om hvordan de opplever å leve med sykdommen, og hvordan de mestrer hverdagen (Ryan et al. 2013). De bør også søke informasjon om hva pasientene tenker og føler om sykdommen og livet generelt, slik at de tidlig kan oppdage en eventuell svikt i mestringen; for eksempel tegn til opplevd hjelpeløshet (Englbrecht 2012).

Et viktig element i OAS er meningsfullhet (Antonovsky 1987). Å ha mening i tilværelsen, og mål som er viktig for en, påvirker i stor grad hvordan man håndterer motgang (ibid.). For eksempel kan det være viktig for en pasient å kunne jobbe, og dette kan gi mening til helsefremmende tiltak i hverdagen, som for eksempel trening. En sykepleier kan være

nysgjerrig på pasientens mål og drømmer, og hjelpe pasienten med å se at tiltakene som gjøres hver dag kan påvirke oppnåelsen av disse målene og drømmene. Pasienter med RA ønsker en slik støttespiller i sin daglige mestring av sykdommen og livet (Ryan et al. 2013). Pasientene ønsker også mer tid til samtale om håndtering av RA, og flere pasienter i Ryan et al. (2013) opplevde at sykepleiere ikke satt av tid nok. Dersom sykepleieren skal se hele pasienten, og få innblikk i pasientens mestringsstrategier i hverdagen, er det antakelig avgjørende at det settes av tid, rom og ro til gode samtaler. Å snakke om hvordan man egentlig mestrer hverdagen, er antakelig ikke noe man gjør uten etablert tillit mellom pasient og sykepleier. Ved å være utforskende og nysgjerrig, empatisk og støttende, kan sykepleiere være en viktig støttespiller for pasienter med RA (Ryan et al. 2013).

### **5.5.1 Hvordan kan sykepleier observere mestringsevne?**

Hvordan skal sykepleieren vite hvilke mestringsstrategier pasienten tar i bruk – og hva skal sykepleieren se etter? Nedenfor er mestringsstrategiene som i henhold til forskningsartiklene er av størst betydning for pasientens livskvalitet, fremstilt skjematisk. Skjemaet er en oppsummering av funnene i forskningsartiklene, og har til hensikt å tydeliggjøre antatt relevante sykepleietiltak knyttet til de respektive mestringsstrategiene. Det inneholder uttalelser og adferd som sykepleier kan observere, i tillegg til at hun kartlegger pasientens opplevelse av sammenheng (OAS) med et OAS-spørreskjema (Antonovsky 1987). Eksempler på hvordan mestringsstrategiene kommer til uttrykk er basert på kildene nevnt under skjemaet. Forslag til sykepleietiltak er basert på egne antakelser, praksiserfaring og sykepleielitteratur i bachelorutdanningen (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011:Kap. 3).



Mestringsstrategi	Eksempel på uttrykk	Sykepleietiltak
<b>Opplevelse av sammenheng</b>	Begriper og håndterer informasjon om helsefremmende tiltak. Utfører tiltak som fremmer helsen. Har tilsynelatende mening i livet. Pasienten gjør dette i stor eller liten grad.	<i>Stor grad:</i> Oppmuntre til å opprettholde meningsfulle mål og aktiviteter. <i>Liten grad:</i> Støtte, veilede og kartlegge problemområder, og finne meningsfulle mål sammen med pasienten.
<b>Problemfokuset</b>	Søker og bruker informasjon aktivt i sykdomshåndteringen. Gjennomfører tiltak. Fleksibel. Pasienten gjør dette i stor eller liten grad.	<i>Stor grad:</i> Oppmuntre og stimulere til å opprettholde handlingene. <i>Liten grad:</i> Kartlegge fysisk og psykisk helse, skape plattform for godt samarbeid og god veiledning. Komme med ideer til tiltak.
<b>Emosjonsfokuset</b>	Kan tenke alternativt om situasjonen. Fleksibel. Setter nye mål. Pasienten gjør dette i stor eller liten grad.	<i>Stor grad:</i> Oppmuntre til å opprettholde tankemønstrene. <i>Liten grad:</i> Fysisk og psykisk kartlegging. Støtte, veiledning, nettverkskartlegging, sette mål sammen med pasienten.
<b>Opplevelse av hjelpeløshet</b>	Opplever å ha mistet kontrollen over sykdommen og troen på at egne tiltak hjelper. Uttrykker håpløshet.	Fysisk og psykisk kartlegging. Observere tegn på nedstemthet, tristhet, håpløshet og meningsløshet. Støtte, veiledning, nettverkskartlegging, sette mål sammen med pasienten.

(Antonovsky 1987, Lazarus og Folkman 1984, Seligman 1975)

## 6 Konklusjon

Som vi har sett i diskusjonen over, kan bruk av mestringsstrategier påvirke både sykdomsforløpet og alvorlighetsgraden av RA. (Rice 2012, Antonovsky 1987, Chumbler et al. 2013, Anke, Damsgård og Røe 2013 og Bai et al. 2009). Det innebærer at måten pasienten forholder seg til sykdommen, både i tanke og handling, har betydning for hvor stor belastning det er å ha sykdommen (Chumbler et al. 2013). Dette påvirker igjen livskvaliteten til pasienten (Anke, Damsgård og Røe 2013). Ved å ta i bruk hensiktsmessige mestringsstrategier, kan pasienter med RA oppleve mindre smerter, mindre psykisk stress og de kan få bedre livskvalitet (Antonovsky 1987, Chumbler et al. 2013, Anke, Damsgård og Røe 2013 og Bai et al. 2009). En av forutsetningene for å kunne ta i bruk hensiktsmessige mestringsstrategier, er at pasienten har høy opplevelse av sammenheng (OAS) (Antonovsky 1987). Sykepleier kan bruke den salutogene modellen for å kartlegge pasientens motstandsressurser, og hjelpe pasienten med å ta i bruk disse i møtet med vanskelige

situasjoner (ibid.). Kartleggingen kan gjøres ved hjelp av et spørreskjema, der pasienten beskriver sin tilnærming til livet (Antonovsky 1987:195). Sykepleieren vil kunne danne seg et bilde av hvilke styrker og svakheter pasienten har i sin opplevelse av sammenheng, og rette tiltak og ressurser inn mot eventuelt svake sider (ibid.). Når hverdagen fremstår som begripelig, håndterbar og meningsfull, er det lettere for pasienten å gjennomføre tiltak som virker positivt inn på helsen (Antonovsky 1987:162). Forskning har vist at pasientene ønsker at sykepleiere setter av tid til samtaler om mestring av sykdommen, slik at pasientens reelle behov og utfordringer blir synliggjort (Ryan et al. 2013).

RA medfører både en fysisk og en psykisk belastning, og begge deler påvirker hverandre (Fjerstad 2010, Rice 2012). Med undersøkende og empatiske samtaler, kan kanskje sykepleiere gi pasienten den psyksiske støtten de har behov for, slik at både fysiske og psykiske konsekvenser av sykdommen kan reduseres (Ryan et al. 2013).

Høy OAS og bruk av aktive mestringsstrategier som problem- og emosjonsfokusert mestring, har vist seg å øke livskvaliteten til pasienter med RA (Antonovsky 1987, Chumbler et al. 2013, Anke, Damsgård og Røe 2013 og Bai et al. 2009). Sykepleiere som klarer å styrke pasientens opplevelse av sammenheng (OAS) og veilede i bruk av de ovennevnte mestringsstrategiene, antas dermed å kunne bidra til å øke livskvaliteten til pasienter med RA.

## Litteraturliste

Anke, A., Damsgård, E., og Røe, C. (2013). "Life satisfaction in subjects with long-term musculoskeletal pain in relation to pain intensity, pain distribution and coping." *Journal of rehabilitation medicine* (45): 277-285. doi: 10.2340/16501977-1102.

Antonovsky, A. (1987). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bai, M., Tomenson, B., Creed, F., Mantis, D., Tsifetaki, N., Voulgari, P. V., Drosos, A. A. og Hyphantis, T. N. (2009). "The role of psychological distress and personality variables in the disablement process in rheumatoid arthritis." *Scandinavian journal of rheumatology* (38): 419-430. doi: 10.3109/03009740903015135.

Chumbler, N.R., Kroenke, K., Outcalt, S., Krebs, M.E., Wu, J. og Yu, Z. (2013). "Association between sense of coherence and health-related quality of life among primary care patients with chronic musculoskeletal pain." *Health and Quality of Life Outcomes* 11: 216. doi:10.1186/1477-7525-11-216

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Danneskiold-Samsøe, B. og Herlin, T. (2011). *Klinisk reumatologi*. København: Gyldendal Akademisk.

Englbrecht, M., Araujo, M. K. E., Rech, J. og Schett, G. (2013). "The Interaction of Physical Function and Emotional Well-being in Rheumatoid Arthritis—What is the Impact on Disease Activity and Coping?" *Seminars in Arthritis and Rheumatism* (42): 482-491. Url: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2012.09.003>

Englbrecht, M., Gossec, L., DeLongis, A., Scholte-Voshaar, M., Sokka, T., Kvien, T.K. og Schett, G. (2012). "The Impact of Coping Strategies on Mental and Physical Well-Being in Patients with Rheumatoid Arthritis." *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 41: 545-555. Url: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2011.07.009>

Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk. Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Folkehelse rapport 2010. Helsetilstanden i Norge*. (2010) Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Gran, J. T. (2009). *Innføring i klinisk revmatologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Helse- og omsorgstjenesteloven. *Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

Khan, D.L., Steeves, R.H. og Benoliel, J.Q. (1994). «Nurses' view of the coping of patients». *Social science and medicine* 38 (10) 1423-1430. Hentet fra PubMed.

Lazarus, R.S. og Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (NKMLS). Definisjon av mestring. Url: <http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/mestring/>  
Lest 14. februar 2014.

Newbold, D. (1995). «Coping with rheumatoid arthritis. How can specialist nurses influence it and promote better outcomes?» *Journal of clinical nursing*, 1996; 5: 373-380. doi: <http://ezproxy.diastud.no:2079/10.1111/j.1365-2702.1996.tb00270.x> (CINAHL)

Næss, S. (2006). Livskvalitet og lykke. *Tidsskrift for norsk psykologforening*.  
Url: [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=246577&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=246577&a=2)  
Lest 20. februar 2014.

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter*.

Psykisk helsevernloven. *Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*.

Rice, V. H. (red.) (2012). *Handbook of stress, coping and health*. California, USA: Sage Publications.

Ryan, S., Lillie, K., Thwaites, C. og Adams, J. (2013). «'What I want clinicians to know'—experiences of people with arthritis.» *British Journal of Nursing*, 2013, Vol 22, No 14. Hentet fra CINAHL.

Schiøtz, A. og Skaset, M. (2003). *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*. Oslo: Universitetsforlaget.

Seligman, M. (1975). *Helplessness: on depression, development and death*. San Francisco: W.H. Freeman.

Store norske leksikon 2013. <http://snl.no/salutogenese>  
Lest 10. febr. 2013.

St. meld. nr. 47 (2008-2009). «*Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.*» Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Ørn, S., Mjell, J. og Bach-Gansmo, E. (red.) (2011). *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.