

EKSAMENSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave

Eksamensdel: Bacheloroppgave, del 1

Leveringsfrist: 27.04.2017 kl. 14:00

Kandidatnummer/navn: 312

Veileders navn: Karen Irene Høyland

Å mestre hverdagen med Multippel Sklerose



(<http://www.ungefunksjonshemmede.no/content/download/2416/9431/version/1/file/mestring.jpg> Hentet 03.03.2017)

Bachelorutdanning i sykepleie

Avdeling for helsefag

Høgskulen på Vestlandet, campus Stord, Kull 2014

Stord 2017

8 967 ord

Gjennom livsmønsteret mitt

glimta en gulltråd:

Heimen jeg skulle bygge.

Hun som skulle gi meg livsens varme.

Eventyr jeg skulle lese på sengekanten

til viltre krabater.

Alt flimra i en mandorla

av blått drømmelys

Da var en dverg ute og kasta seid på meg.

Ennå har jeg hans skrattende latter i ørene:

M u l t i p e l S k l e r o s e .

Jeg søkte skygge og øde steder.

Drømmene sluknet en for en.

(Elling M. Solheim, 1961)

Sammendrag

Tittel: Å mestre hverdagen med Multippel Sklerose

Bakgrunn for valg av tema: Oppgaven tar for seg mestring i forhold til hjemmeboende pasienter med MS. Studier viser at i Norge er det 163-203 per 100 000 innbyggere som blir rammet, og samlet er det 10 000 personer i Norge som har diagnosen (Norsk helseinformatikk, 2016).

Problemstilling: *"Hvordan kan sykepleie bidra til mestring hos hjemmeboende pasienter med Multippel Sklerose som har en opplevelse av sviktende helse?"*

Oppgavens hensikt: Hensikten med oppgaven er å få mer kunnskap om både sykdommen og hvordan sykepleie kan hjelpe pasienter med MS å mestre hverdagen.

Metode: Metoden som er brukt i denne oppgaven er litteraturstudie, hvor det blir brukt relevant litteratur og forskningsartikler for å besvare problemstillingen. Databaser jeg har brukt er CINAHL og Ovid.

Resultat/Oppsummering: For at sykepleie skal kunne bidra til mestring hos hjemmeboende pasienter med MS, som opplever sviktende helse, er det viktig å ha fokus på helhetlig omsorg og hvordan hver enkelt pasient opplever situasjonen. Man må hjelpe dem med å finne gode mestringsstrategier, sosial støtte, informasjon og bidra til å fremme god livskvalitet og en positiv holdning.

Nøkkelord: Søkeordene som ble brukt i oppgaven var Multiple Sclerosis, MS, MS disease, home nursing, nurs*, mobility og coping

Summary

Title: To cope with everyday life with Multiple Sclerosis

Background: This thesis is about how people with MS living at home can cope with everyday life. Studies show that in Norway 163-203 per 100 000 inhabitants, and overall 10 000 people have the diagnosis (Norsk helseinformatikk, 2016).

Question: *“How can nursing contribute to a feeling of coping for patients with Multiple Sclerosis living at home, who experience failing health?”*

Purpose: The purpose of the thesis is to gain more knowledge about the disease and how nursing can help patients with MS to cope with everyday life.

Method: The method that has been used in this thesis is literature study, where relevant literature and research articles is used to answer the research question. The databases I used is CINAHL and Ovid.

Result/Summary: For nursing to be able to contribute to a feeling of coping for MS patients living at home, who are experiencing failing health, it is important to focus on holistic care and how each patient is experiencing the situation. One must help them find good coping strategies, social support, information and help promote good quality of life and a positive attitude.

Keywords: The keywords I used in this assignment is Multiple Sclerosis, MS, MS disease, home nursing, nurs*, mobility and coping

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1. Valg av tema	1
1.2. Hensikt med oppgaven	1
1.3. Problemstilling	2
1.4. Avgrensning og presisering	2
1.5. Begrepsavklaring	2
2. Teori	4
2.1. Sykepleieteoretisk perspektiv	4
2.1.1. Sykepleiers funksjon i følge Benner og Wrubel	4
2.2. Mestring	5
2.2.1. Mestringsstrategier	5
2.2.2. Lazarus og Folkmans stressmestringsmodell	6
2.2.3. Sykepleie for å fremme mestring	6
2.3. Multippel Sklerose	7
2.3.1. Symptomer	7
2.3.2. Hovedgrupper av MS	8
2.4. Hjemmesykepleie	8
3. Metode	10
3.1. Litteraturstudie som metode	10
3.2. Framgangsmåte	11
3.3. Søkeprosess	11
3.4. Forskningsetikk	13
3.5. Kildekritikk	14
4. Resultat	16
4.1. Sammendrag av artiklene	16
4.2. Oppsummering av hovedfunn	18
5. Drøfting	20
5.1. Egenmestring	20
5.2. Mestring og livskvalitet	22
5.3. Opplæring og rådgivning	24
6. Konklusjon/avslutning	28
Referanseliste	29
Vedlegg	32

1. Innledning

1.1. Valg av tema

Jeg har valgt å fokusere på personer som har fått Multippel Sklerose (heretter MS). Grunnen til at jeg har valgt dette temaet er fordi etter et familiemedlem fikk denne sykdommen som ganske ung, og etter han fikk stamcelletransplantasjon, har jeg hatt en interesse for selve sykdommen og hvordan sykepleiere kan bidra til en bedre hverdag for pasienter med MS. Gjennom samtaler jeg har hatt sammen med han har jeg fått mer innsikt i hvordan det er å leve med MS, og hvilke konsekvenser som kan oppstå som jeg gjerne ikke har tenkt over før. Jeg møtte også en pasient i sykehjempraksis som hadde denne diagnosen og var lam fra livet og ned, men hun klarte fremdeles å finne det positive i alt.

Multipel sklerose er en inflammatorisk kronisk sykdom i sentralnervesystemet. Det er en autoimmun sykdom, som vil si at immunforsvaret vil reagere på og angripe vevet i kroppen. MS betyr ”mange arr”, og inflammasjonen som oppstår vil føre til at myelinet blir skadet. Hvor sentralnervesystemet blir rammet vil avgjøre hvilke skader som vil oppstå (Espeseth, Mastad, Johansen & Almås, 2010, s. 243). I Norge blir ca. 163-203 per 100 000 innbyggere rammet, og det er samlet 10 000 personer i som har diagnosen i Norge (Norsk Helseinformatikk, 2016).

En utfordring i forhold til sykepleie til MS pasienter er at pasientene gjerne har hatt sykdommen i flere år og har opplevd en gradvis forverring av sykdommen. De kan oppleve sorg, fortvilelse og frustrasjon av å måtte forholde seg til funksjonstap som oppstår, og vil etter hvert oppleve å trenge mer hjelp (Espeseth, Mastad, Johansen & Almås, 2010, s. 243).

Det er satt av lite tid til forelesninger om MS på skolen, og jeg kjenner derfor selv på at når jeg møter pasienter i praksis som har denne diagnosen, har jeg ikke nok kunnskap til å vite hvordan jeg kan hjelpe og rettlede dem på best mulig måte.

1.2. Hensikt med oppgaven

Thideman (2015, s. 20) skriver at oppgaven skal gi både kunnskap, erfaring og innsikt i den problemstillingen man har valgt.

Hensikten med denne oppgaven er å få mer kunnskap om selve sykdommen og om hvordan sykepleie kan hjelpe pasienter som har fått diagnosen med å mestre hverdagen. For å få mer kunnskap om dette har jeg funnet litteratur om MS, sykepleieteori, sykepleiers funksjon, sykepleie til pasienter med MS, mestring og hjemmesykepleie. Jeg har også funnet forskning hvor personer som har fått diagnosen forteller om hvilke erfaringer de har med sykdommen og de forskjellige mestringsstrategiene som fungerer for dem. Jeg har valgt å drøfte i lys av Benner og Wrubels sykepleieteoretisk perspektiv fordi deres teori har fokus på både stress, mestring og omsorg.

1.3. Problemstilling

”Hvordan kan sykepleie bidra til mestring hos hjemmeboende pasienter med Multippel Sklerose som har en opplevelse av sviktende helse?”

1.4. Avgrensning og presisering

I denne oppgaven har jeg fokus på hjemmeboende pasienter som opplever sviktende helse, og har hatt MS lengre enn to år. Det er ikke aldersavgrensning i problemstillingen, fordi mestringsstrategiene kan være like relevant hos eldre som hos yngre. Jeg ser at denne sykdommen kan gi flere konsekvenser enn det jeg tidligere har tenkt over, og at mangel på kunnskap hemmer meg i å yte god nok omsorg i praksis.

1.5. Begrepsavklaring

Multippel Sklerose

Multippel Sklerose er en demyeliniserende autoimmun kronisk inflammatorisk sykdom. Myelinet ødelegges og nerveimpulsene hemmes, noe som fører til at nervesignalene går langsommere, går i stå eller blokkeres helt (Bertelsen, 2011, s. 315).

Mestring

Lazarus og Folkmans definisjon på mestring er ”Kognitive og atferdsmessige tiltak for å klare indre eller ytre krav som overstiger personens ressurser” (sitert i Renolen, 2015, s. 169).

Hjemmesykepleie

”Sykepleie i hjemmet”, med hensikt at pasienten skal kunne bo hjemme så lenge han/hun ønsker det (Birkeland & Flovik, 2014, s. 14).

Helse

Verdens helseorganisasjon har definert helse som ” En tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte” (sitert i Braut, 2015).

2. Teori

2.1. Sykepleieteoretisk perspektiv

Benner og Wrubel definerer stress som ”Et brudd i mening, forståelse og ubesværet funksjon slik at fare, tap eller utfordring oppleves, og sorg, tolkning eller nye ferdigheter er påkrevd” og mestring som ”Det en gjør med bruddet i mening, forståelse eller ubesværet funksjon” (sitert i Hanssen & Natvig, 2007, s. 53).

I følge Benner og Wrubel skal sykepleien rettes mot opplevelsen av stress som oppstår på grunn av helsesvikt, sykdom og tap. Stressbegrepet er knyttet til behov for sykepleie, fordi stress vil oppleves forskjellig fra person til person. Behovet for sykepleie oppstår fordi det skjer en forandring i pasientens livssituasjon, blant annet fordi han ikke er i stand til å fungere normalt i den nye situasjonen. De kroppslige kunnskapene og bakgrunnsforståelsen strekker gjerne ikke til lengre, og pasienten er nødt å reflektere over den nye situasjonen og hva det vil kreve. Ut i fra den forståelsen Benner og Wrubel har om stress og mestring, mener de at mulighetene for å mestre en situasjon som oppleves belastende, er begrenset. Dette er fordi det er mange mestringsstrategier som ikke vil fungere i den situasjonen som pasienten er i (Kristoffersen, 2011 a, s.262-263).

Benner og Wrubel sier at det er bakgrunnsforståelsen og de personlige egenskapene man har som bestemmer hva som vil bli oppfattet som stressende, og hvilke muligheter man har for mestring som vil finnes i form av forståelse, kunnskaper, verdier, ferdigheter og tilgjengelighet. De sier også at det er omsorg som bestemmer hva som vil bety noe for en person, og da bestemmer omsorg også hva som vil oppleves som stressende og hvilke muligheter for mestring som finnes. Omsorg skaper derfor muligheter (Kristoffersen, 2011, a s.263).

2.1.1. Sykepleiers funksjon i følge Benner og Wrubel

Som tidligere skrevet mener Benner og Wrubel at sykepleien skal rettes mot pasientens opplevelse av stress, som har oppstått på grunn av helsesvikt, sykdom og tap. Derfor må sykepleieren tilnærme seg pasienten på en helhetlig måte, og ta hensyn til hvordan pasienten opplever den situasjonen han er i. Benner og Wrubel mener at sykepleierens mål bør være å

hjelpe pasienten å leve ut eller leve med sykdommen sin. Derfor blir det å hjelpe pasienten å mestre sin situasjon et viktig delmål (Kristoffersen, 2011 a, s.262).

I følge Benner og Wrubel skal man ha fokus på stress og mestring fra et sykepleieperspektiv, og ta hensyn til hvordan pasienten opplever sin helse og sykdom. Det å vise omsorg for pasientene og å involvere seg er et viktig fokus for sykepleiere, for at man skal kunne hjelpe og bidra til mestring og velvære. Man er nødt å ta utgangspunkt i hver enkelt pasients opplevelse for å kunne finne ut hva de oppfatter som stress. Ved å ha fokus på hva som er viktig for pasienten, vil sykepleieren få en forståelse av hva pasienten opplever som stress og hvordan dette vil kunne mestres. Man kan derfor ikke velge mestringsstrategier ut i fra en liste. Det vil heller ikke være det samme hos hver enkelt pasient, fordi forskjellige pasienter vil oppleve den samme situasjonen svært ulik (Hanssen & Natvig, 2007, s. 53-55).

2.2. Mestring

Mestring er et stort begrep som har mange innfallsvinkler. Det er snakk om mestring av tanker, følelser, fysisk ubehag og tap. Mestring er hver enkelt persons evne til å kunne håndtere forskjellige livshendelser og de påkjenningene som kan oppstå som vil overstige de utfordringene som kommer i hverdagen (Renolen, 2015, s. 166).

Antonovsky har en teori om stress og mestring. I forhold til mestring mener han at det handler om å vite at man har og er i stand til å kunne bruke tilstrekkelige ressurser overfor de forskjellige utfordringene som man kan bli utsatt for. Ved å ha fokus på mestring, forståelse og å finne mening mener han at man lettere kan håndtere og mestre de utfordringene som man blir stilt overfor i livet (Bastøe, 2011, s. 86).

2.2.1. Mestringsstrategier

Mestringsstiler er betegnelse på karakteristiske trekk ved en persons mestring på tvers av situasjon og over tid. Det blir her beskrevet 3 typer mestringsstiler:

Robusthet er betegnelse på de egenskapene som modererer de skadelige effektene av stress.

Det er 3 egenskaper som skiller seg ut hos de som takler stress bra: de engasjerer seg i aktiviteter, saker og mennesker, de opplever å ha en kontroll i livet sitt og de ser utfordringer som en mulighet istedenfor en trussel.

Optimistiske personer, - de som har en stabil og generell forventning til at de vil oppleve gode ting i livet, ser ut til å klare å tåle påkjenninger bedre enn det pessimistiske personer gjør.

Humor har betydning for helse og rekonvalesens. Latter har vist seg å ha virkninger som øker antall hvite blodlegemer, som igjen vil påvirke immunforsvaret positivt via større smertetoleranse, økning i blodtilførselen til musklene og organene og bedring i lungekapasitet på grunn av latterhikstene som øker pusteevnen og oksygenivået i blodet (Renolen, 2015, s. 166-167)

2.2.2. Lazarus og Folkmans stressmestringsmodell

Stressmestringsmodellen legger vekt på hver enkelt persons vurdering av situasjonen. Lazarus og Folkman ser på mestring som en prosess, og mener at en mestringsstrategi i seg selv ikke er god eller dårlig, men den må ses i sammenheng med hvilken prosess som pasienten er i.

I følge Lazarus og Folkman er det to typer mestringsstrategier:

Problemfokuserte mestringsstrategier er tiltak som fokuserer på en problemløsning. Det kan være rettet mot endring av omgivelsene og rettet innover mot oss selv.

Emosjonsfokusert mestringsstrategi er å prøve å endre de følelsesreaksjonene som oppstår i forbindelse med stress. Det kan være for eksempel kognitive strategier som unngåelse av informasjon eller situasjoner, distansering til problemet eller å "høre det en vil høre" – selektiv oppmerksomhet (Renolen, 2015, s.169-170).

I senere tid har Folkman og Greer kommet fram til en tredje mestringsstrategi som blir kalt for meningsfokusert mestringsstrategi. Denne strategien er knyttet til å få fram positive følelser i forbindelse med stress og mestring. Her kom Folkman fram med 4 positivt orienterte strategier: 1) Forandring av mål, som for eksempel å endre et urealistisk mål til et realistisk og meningsfullt mål. 2) Å skape øyeblikk som er positive. 3) Finne fordeler i en situasjon. 4) Fokuserer på det som er viktigst i livet og har størst betydning (Renolen, 2015, s. 171-172)

2.2.3. Sykepleie for å fremme mestring

Ved sykdom og funksjonstap må pasienten gjennomgå en følelsesmessig bearbeiding for at mestring skal være mulig. Funksjonstap som fører til begrensninger i livet forutsetter at både pasienten og pårørende må legge om måten de lever på. I slike situasjoner kan sykepleieren være en god utenforstående samtalepartner. Sykepleieren må kunne høre på pasientens eventuelle frustrasjon og fortvilelse som situasjonen har medbrakt. Hvis pasienten får

kunnskap om situasjonen, får mulighet til å komme med innspill i avgjørelser og føler at han får mulighet til å gjøre noe med situasjonen selv, kan forventningene om å mestre sin livssituasjon øke. Å gi pasienten tilstrekkelig med informasjon er viktig for at pasienten skal kunne forberede seg til situasjoner som kan oppstå videre i livet, og for at han skal kunne klare å mestre disse situasjonene (Kristoffersen, 2011 b, s. 156).

Det er vist en sammenheng mellom mestring og livskvalitet. Man vil være mer tilfredsstillt med livet desto bedre man opplever mestringen. Dette kan være fordi når man opplever at man klarer å takle krevende situasjoner som dukker opp, vil både omgivelsene og situasjonen virke mindre truende. Denne sammenhengen viser hvor viktig det er å hjelpe hver enkelt pasient med å fremme opplevelsen av mestring i hverdagen. Sykepleieren må da støtte de ressursene som pasienten har, men ikke mer enn nødvendig. Det kan være en utfordring å hjelpe hver enkelt pasient på en slik måte at man bidrar til å styrke det friske i pasienten, og hjelpe han med å bevare verdigheten (Fjørtoft, 2016, s. 52-53).

2.3. Multippel Sklerose

Multipel Sklerose er en demyeliniserende autoimmun kronisk inflammatorisk sykdom. Det vil si at kroppens eget immunforsvar angriper myelinet på forskjellige steder i sentralnervesystemet. Myelin blir dannet av gliaceller, og er et fettlag som har i oppgave å isolere nervebanene. Når myelinet ødelegges hemmes nerveimpulsen i de skadde nervecellene. Utfallet er at nervesignalene går langsommere, går i stå eller blokkeres helt, avhengig av omfanget av skaden. Reparasjonsprosessen begynner hurtig, men det etterlates arrvev selv om det nydannes myelin. Årsaken til sykdommen er uklar, men man mistenker at arvelige faktorer spiller inn, og at D-vitaminmangel og virusinfeksjon setter i gang sykdomsprosessen. Det er oftest personer mellom 20 – 40 år som blir rammet, og det er flere kvinner enn menn som blir rammet (Bertelsen, 2011, s. 315). Studier viser at i Norge blir ca. 163-203 per 100 000 innbyggere rammet, og samlet i Norge er det 10 000 personer som har diagnosen (Norsk helseinformatikk, 2016)

2.3.1. Symptomer

Sykepleierne Curtin og Lubkins definisjon på begrepet kronisk sykdom er ”Kronisk sykdom er en irreversibel konstant, tiltagende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt” (sitert i Fjørtoft, 2016, s. 49).

I begynnelsen av forløpet får pasientene ofte nevrologiske symptomer, som kan være delvis eller helt forbigående. Dette kan være for eksempel forbigående nummenhet, prikking, lammelse i en arm eller et bein og tap av muskelkoordinasjon. Pasientene kan også oppleve kognitiv dysfunksjon, og 40-60% opplever psykiske problemer i løpet av sykdomsforløpet. Et hyppig debutsymptom er forbigående svekket syn på grunn av en inflammatorisk reaksjon i synsnerven. De fleste med MS vil oppleve kronisk mangel på energi og tretthet. Muskelspasmer, dobbeltsyn, urininkontinens og ataksi er også symptomer som kan oppstå på grunn av delvis demyeliniserte nervebaner. Demyeliniserte fibre vil være følsomme for temperaturforandringer. Derfor kan symptomforverring oppstå ved for eksempel feber i forbindelse med en infeksjon (Bertelsen, 2011, s. 315-316).

2.3.2. Hovedgrupper av MS

Det finnes 3 hovedgrupper:

Relapserende-remiterende MS (RRMS), også kalt anfallsvis MS. Kjennetegnene på denne typen er akutt debut av symptomene, hvor symptomene går gradvis/delvis tilbake.

Sekundær progressiv MS. Dette er en kronisk forverrende fase av sykdommen. 40-60 % av pasientene som har RRMS går over til denne fasen etter 10-20 år. Pasientene vil oppleve nevrologiske utfall, som for eksempel lammelser som ikke går tilbake.

Primær progressiv MS (PPMS). Kjennetegnet ved denne typen er at det foregår en jevn forverring av symptomene etter at de først oppstår. Pasientene kan oppleve lengre perioder hvor det er et stabilt, uendret sykdomsforløp (Bertelsen, 2011, s. 315).

2.4. Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie utøves i skjæringspunktet mellom det daglige livet i hjemmet og offentlig tjenesteyting. Det vil si at offentlige tjenestepersoner kommer inn på det private området.

Hjemmesykepleien har fokus på praktiske situasjoner og å utføre praktisk hjelp, i tillegg til den grunnleggende sykepleien. De ansatte vil bli godt kjent med hver enkelt pasient, og har derfor mulighet til å følge dem gjennom sykdomsforløpet. Sykepleierne som jobber i hjemmesykepleien vil ha et selvstendig ansvar, og for at pasientene skal kunne leve et optimalt liv så langt det er mulig, er sykepleierens kompetanse helt avgjørende (Birkeland & Flovik, 2014, s. 13).

I hjemmesykepleien vil det ikke være fokus på en spesiell "type" pasient eller sykdom, men man vil møte mange forskjellige pasienter, med forskjellige sykdommer. En enkel og kort

definisjon på sykepleie er ”sykepleie i hjemmet”, og hensikten og hovedmålet er at pasientene skal kunne bo hjemme hos seg selv så lenge de ønsker. Hjemmesykepleien må sees på som en virksomhet som drives av profesjonelle yrkesutøvere. For å kunne ha ansvar for pasientene som har behov for hjemmesykepleie, må de ansatte ha en helsefaglig kompetanse (Birkeland & Flovik, 2014, s. 14).

Å hjelpe hver enkelt pasient med å mestre hverdagen i sitt eget hjem er et viktig mål som hjemmesykepleien jobber for. Det vil variere hva hver enkelt pasient trenger hjelp til for å kunne mestre hverdagen i sitt eget hjem. Det vil være noen som trenger omfattende hjelp, mens andre vil ha et mer avgrenset behov. Det er viktig å være klar over at det ikke bare handler om oppgavene som man skal utføre, men også om menneskene man hjelper og deres liv. Hjemmesykepleien skal hjelpe hver enkelt pasient med å kunne leve et godt liv hjemme hos seg selv (Fjørtoft, 2016, s. 17).

3. Metode

Metode er en fremgangsmåte for å komme frem til ny kunnskap. Metoden hjelper oss til å samle inn informasjon som vi trenger til undersøkelsen (Dalland, 2012, s. 111-112).

Metoder som brukes i sykepleieforskningen handler om hvordan vi skal gå fram for å finne relevant og pålitelig informasjon om det temaet vi ønsker å undersøke, hvordan denne informasjonen skal analyseres og hva som er resultater og konsekvenser av slik forskning (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 18).

Sentralt i all forskning er å samle inn data. Vanligvis skilles det mellom kvalitative og kvantitative data, som samles inn ved bruk av kvalitative og kvantitative metoder. Det som kjennetegner kvantitative metoder er at utgangspunktet for dataanalyse er basert på tall, og datainnsamlingen er lite fleksibel. Fordelen med å bruke denne type studie er at den kan fortelle oss noe om utbredelse, for eksempel av en sykdom. Ved kvalitative metoder er utgangspunktet for dataanalyse basert på lyd, tekst eller bilder, og datainnsamlingen er i stor grad fleksibel. Denne type metode tillater større grad av spontanitet og tilpasning i samspill mellom forsker og deltaker. Denne metoden dreier seg ikke om å telle, men å få fram historier om hvordan pasientene har det. Her blir det sagt noe om kvalitet eller spesielle kjennetegn om det teamet som man studerer (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 18-19).

3.1. Litteraturstudie som metode

I følge Magnus og Bakketeig er litteraturstudie en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere vil si å samle inn litteratur, kritisk gjennomgang av litteraturen og til slutt sammenfatte det hele (sitert i Thidemann, 2015, s. 79).

I alle trinnene skal man ha en systematisk tilnærming. Hensikten med dette er å gi leseren en oppdatert og god forståelse om kunnskapen på det området som problemstillingen handler om, og hvordan man har kommet fram til denne kunnskapen. De forskjellige trinnene i en litteraturstudie er å formulere en avgrenset og presis problemstilling, forberede litteratursøk, gjennomføre litteratursøk, vurdere kvaliteten på artiklene, analysere og tolke resultater/funn fra artiklene og sammenfatte resultatene (Thidemann, 2015, s. 80).

3.2. Framgangsmåte

Etter å ha bestemt meg for tema og formulert en avgrenset problemstilling, begynte jeg å søke etter relevant forskning. Jeg brukte databaser som jeg fant på Høgskulen på Vestlandet sin nettside. Jeg søkte i mange forskjellige databaser, men fant de fleste artiklene i databasen CINAHL. På denne databasen er det hovedvekt på sykepleie, og man kan finne mange kvalitative forskningsartikler og litteratur om pasienterfaringer. Jeg fant også relevant forskning i databasen Ovid. Her er det baser innen helsefag og medisin, som for eksempel MEDLINE og British Nursing Index. De forskjellige søkeordene jeg brukte var Multiple Sclerosis, MS, MS disease, home nursing, nurs*, mobility, coping og home nursing. Etersom dette er ganske vide søkeord som ga mange treff, kombinerte jeg de forskjellige, og brukte avgrensningene full tekst og årstall 2007-2017. Jeg leste titlene til de forskjellige overskriftene som kom fram, leste sammendraget til de artiklene som hadde en passende tittel og leste til slutt selve artikkelen hvis sammendraget virket relevant. Jeg har også hatt samtale med en MS sykepleier på Haukeland universitetssykehus, hvor familiemedlemmet mitt også deltok for å fortelle sine meninger som pasient. I denne samtalen kom det fram blant annet hvor viktig det er med livskvalitet, og hvor mye støtte fra familie og venner påvirker hverdagen.

3.3. Søkeprosess

Søk i CINAHL 6. – 10. mars 2017

Nr	Søkeord	Avgrensninger	Treff
S1	Multiple Sclerosis		11 537
S2	MS		12 247
S3	MS disease		670
S4	Home nursing		38 606
S5	Coping		31 606
S6	Mobility		19 273
S7	Nurs*		636 721
S8	S1 AND S4	Full tekst 2007-2017	10
S9	S1 AND S5	Full tekst 2007-2017	42
S10	S3 AND S5	Full tekst	2

		2007-2017	
S11	S3 AND S4		2
S12	S1 AND S6	Full tekst 2007-2017	64
S13	S7 AND S12		4
S14	S2 AND S5	Full tekst 2007-2017	25
S15	S4 AND S14		1
S16	S2 AND S4	Full tekst 2007-2017	11

I søk nr. 9 kom jeg fram til artikkelen ” *What can we learn from the personal insights of individuals living and coping with Multiple Sclerosis?* ” (Malcomson, Lowe-Strong & Dunwoody, 2008). Artikkelen blir vurdert som relevant fordi den gir innsikt i hvordan det er å leve med MS. Selv om søket ga mange treff, bestemte jeg meg for å se hvilke artikler som var, og jeg fant fort denne artikkelen hvor jeg synes innholdet i studien hjelper meg med å svare på problemstillingen.

I søk nr. 10 kom jeg fram til artikkelen ” *Coping and its importance for quality of life in patients with Multiple Sclerosis* ” (Mikula, Nagyova, Krokavcova, Vitkova, Rosenberg, Szilasiova, Gdovinova, Groothoff & van Dijk, 2014). Artikkelen går inn på forskjellige mestringsstrategier personer med MS bruker for å mestre hverdagen og for å oppnå bedre livskvalitet, og blir derfor vurdert som veldig relevant for oppgaven.

I søk nr. 14 kom jeg fram til artikkelen ” *The Path to Self-Management: A Qualitative Study Involving Older People with Multiple Sclerosis* ” (Ploughman, Austin, Murdoch, Kearney, Godwin & Stefanelli, 2012). Artikkelen vurderes som veldig relevant for oppgaven ettersom man får innsikt i hvordan deltakerne i studien mestrer MS.

I søk nr. 16 kom jeg fram til artikkelen ” *Improving the quality of life for Multiple Sclerosis patients using the nurse-based home visiting model* ” (Akkuş & Akdemir, 2012). Artikkelen vurderes som relevant siden for å kunne mestre sykdommen, må man ha god livskvalitet, noe som hjemmesykepleien kan bidra til.

Søk i Ovid, 10. mars 2017

Nr.	Søkeord	Avgrensninger	Treff
1	Multiple Sclerosis/		1540
2	MS disease.mp.		16
3	MS.mp.		2929
4	Home nursing/		506
5	Coping.mp.		2298
6	S1 AND S6	2007-2017	16

I søk nr. 6 kom jeg fram til artikkelen ”*Exploring the impact of Multiple Sclerosis on couples: A pilot study*” (Blank & Finlayson, 2007). Artikkelen vurderes som relevant fordi den tar for seg hvordan pårørende blir påvirket og deres mestringsstrategier. Det er viktig å ta hensyn til pårørende når man kommer som sykepleier inn i andres hjem.

3.4. Forskningsetikk

Etikken handler om normene om god og riktig livsførsel. Forskningsetikk er den delen av etikken som handler om planlegging, gjennomføring og deretter rapportering av forskningen. Man skal ivareta personvernet og sikre at forskningsresultatene er troverdige (Dalland, 2012, s. 96).

For å kunne ivareta samfunnets og enkeltpersoners interesser innenfor forskning er det etablert flere forskningsetiske komiteer oppnevnt av Kunnskapsdepartementet. Oppgaven til komiteen er å veilede og gi råd om eventuelle forskningsetiske spørsmål som kan dukke opp ut i fra etiske normer og verdier. Når man utfører medisinsk og helsefaglig forskning som kommer til å involvere mennesker, menneskelig biologisk materiale eller helseopplysninger, er man nødt til å søke om forhåndsgodkjenning fra en av de syv forskjellige regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk – REK (Dalland, 2012, s. 98).

Alle som skal drive med forskning innenfor helsefag er nødt å gjøre det etisk forsvarlig. Dette er bestemt på et overordnet nivå gjennom Helsinkideklarasjonen. Helsinkideklarasjonen inneholder veiledende regler for helsepersonell som driver med forskning som omfatter mennesker. Formålet med denne deklarasjonen er at pasienter som deltar i studien skal bli

beskyttet mot farer som følge av selve forskningen, og det informerte samtykke står sentralt (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 43).

3.5. Kildekritikk

Kildekritikk vil si de metodene som blir brukt for å forsikre at en kilde er sann. Man må vurdere og karakterisere de kildene som har blitt brukt. Det er to sider når det kommer til kildekritikk. Den første er hjelp til å finne den litteraturen som man er ute etter som vil svare på problemstillingen, som blir kalt for kildesøking/litteratursøking. Den andre er å beskrive den litteraturen som man har kommet fram til i oppgaven (Dalland, 2012, s. 67-68).

Kildekritikken skal vise at man er i stand til å være kritisk til den litteraturen man velger å bruke i oppgaven, og hvilke kriterier man har valgt å bruke under søkingen. Man skal så godt man kan vurdere om teorien og forskningen er mulig å bruke til å besvare problemstillingen. Det er viktig å forklare kildene på en slik måte at den som leser forstår hvilken type kilde man har brukt. Man må deretter overbevise leseren om at kilden man har brukt er tilstrekkelig til å svare på problemstillingen, både når det gjelder relevans og pålitelighet (Dalland, 2012, s. 72-73).

IMRa-D strukturen er den mest brukte metoden som blir brukt for å sette opp og strukturere en artikkel. IMRaD er forkortelse for Introduksjon, Metode, Resultat og (and) Diskusjon. Denne metoden gjør det enklere å orientere seg i en artikkel, noe som gjør at lesingen vil gå raskere (Dalland, 2012, s. 79-81).

Jeg søkte i mange av de forskjellige databasene, men fant forskningen på CINAHL og Ovid. Jeg brukte aktuelle søkeord på engelsk for å komme fram til forskning som kan bidra til å svare på problemstillingen. For å vurdere om forskningen var relevant for min oppgave leste jeg på tittel, sammendrag og selve artikkelen, og bestemte meg deretter for hvilke av artiklene jeg ville bruke. Jeg passet på å ikke bruke forskning som var eldre enn 10 år. IMRaD strukturen gjorde det lettere å få en oversikt både når jeg skulle lese og når jeg skulle skrive sammendrag og resultattabell. Jeg har brukt sjekklister på kunnskapssenteret sin nettside for å vurdere kvaliteten og aktualiteten på de forskjellige artiklene. Her kan man vurdere kvaliteten på en vitenskapelig artikkel for å vurdere om man kan stole på resultatene (kunnskapssenteret, 2017). Selv om forskningsartiklene ikke tok sted i Norge, ble de vurdert som relevant ettersom mestringsstrategiene også kan være relevant i Norge. Alle

forskningsartiklene som jeg har brukt har blitt godkjent, og i alle, bortsett fra en artikkel, har deltakerne skrevet under på et samtykkeskjema. I den ene artikkelen hvor det ikke ble levert samtykkeskjema ble deltakerne bedt om å gi muntlig samtykke for å kunne delta i forskningen.

4. Resultat

Viser også til resultattabell over forskningsartiklene i vedlegg.

4.1. Sammendrag av artiklene

What can we learn from the personal insights of individuals living and coping with multiple sclerosis? - (Malcomson, Lowe-Strong & Dunwoody, 2008)

Dette er en kvalitativ undersøkelse hvor 13 pasienter med Multippel Sklerose i Nord Irland, som ble delt i to fokusgrupper, forteller om sine personlige erfaringer med diagnosen. Ved å utforske de erfaringene pasientene som lever med MS har, får helsepersonell en verdifull forståelse av hvordan de som lever med en kronisk sykdom blir dyktige på å håndtere og takle konsekvensene sykdommen medbringer. Det er tidligere gjort forskning som prøver å beskrive opplevelsen av det å ha MS, men på tross av dette ser man at mange pasienter med MS fremdeles har udekkede behov. Mange blir deprimert, bekymrer seg for fremtiden og har følelsen av å få utilstrekkelig hjelp fra helsepersonell. Resultatene av studien viser at det først og fremst må utføres en helhetlig pasientsentrert omsorg. Fokuset bør være det å hjelpe hver enkelt pasient til å utvikle gode mestringsstrategier som kan lette problemene. En slik helhetlig omsorg burde kunne løse fysiske og psykososiale behov. I denne omsorgen burde det også bli inkludert et tverrfaglig team, samtidig som bruk av andre ressurser som for eksempel støttegrupper.

Coping and its importance for quality of life in patients with multiple sclerosis - (Mikula et al., 2014).

Dette er en kvantitativ studie hvor det ble brukt spørreskjema, intervju og en nevrologisk undersøkelse for å samle inn data. Målet var å analysere om problemfokuset mestringsstrategier, mestringsstrategier fokusert på å få støtte og mestringsstrategier fokusert på å stoppe ubehagelige følelser og tanker, er forbundet med fysisk og mental livskvalitet hos MS pasienter. Studien tok sted i Slovakia og 113 av 157 personer i alderen 20-59 år deltok. Eksklusjonskriteriene i studien var graviditet, psykisk diagnose m.m. Her blir mestringsstrategier definert som et forsøk på å håndtere en situasjon. Resultatene som kom fram var at av de forskjellige mestringsstrategiene var det å stoppe ubehagelige følelser og tanker sterkest assosiert med mental livskvalitet. En mulig forklaring er at når man mister kontroll over sykdommen man har, kan denne type mestringsstrategier

hjelpe dem med å redusere det stresset diagnosen medbringer og dermed forbedre den mentale livskvaliteten. Det kom også fram i studien at med tanke på den fysiske delen av livskvalitet var ikke mestring tilstrekkelig. Grunnen til dette er at symptomene diagnosen medbringer ikke forsvinner ved hjelp av mestring. Symptomene vil fremdeles være til stede selv om pasienten bruker mestringsstrategier for å mestre stress.

The Path to Self-Management:

A Qualitative Study Involving Older People with Multiple Sclerosis (Ploughman et al., 2012)

Dette er en kvalitativ studie om tar for seg eldre personers opplevelse av å bli eldre med MS, og hvordan de mestrer det. 18 informanter over 55, som har hatt diagnosen i minst 20 år, ble intervjuet ved hjelp av åpne spørsmål. I studien fortalte informantene om hvordan prosessen var etter de fikk diagnosen, deres livserfaringer med sykdommen og hvordan de til slutt klarte å akseptere og tilpasse seg til den. Det ble beskrevet levende beskrivelser av sosiale relasjoner, interaksjoner med helsevesenet, hvordan man overvinner hindringer og hvilke følelser de har forbundet med å leve med MS. I konklusjonen kom det fram at deltakerne har over år og tiår med sine livserfaringer, med både prøving og feiling, lært å leve med og mestre sykdommen. Selvbestemmelse, sosial støtte, sterke problemløsningsferdigheter og samarbeid sammen med helsepersonell har vært viktige faktorer når det kom til å tilpasse seg og å mestre.

”Improving the quality of life for multiple sclerosis patients using the nurse-based home visiting model” (Akkuş & Akdemir, 2012).

Dette er en kvalitativ studie hvor det er brukt pretest-posttest eksperimentgruppe design, og data ble samlet inn gjennom et generelt spørreskjema, symptom evalueringsskjema og Multiple Sclerosis Quality-of-Life skjema (MSQOL-54). I denne studien har de tatt for seg å fastslå effekten av sykepleieintervensjoner i henhold til NANDA (Nursing Diagnosis Association) sine retningslinjer. Målet er å finne ut av hvordan hjemmesykepleien kan påvirke livskvaliteten og andre utfordringer som kan oppstå hos pasienter med MS. Resultatene i studien viser hvor viktig det er å gi pasientene og deres familiemedlemmer kontinuerlig psykososial støtte og fordelene ved å ha tilgang til ekspertisen ved hjemmebesøk av et tverrfaglig team utført sammen med en sykepleier i henhold til NANDA sine

retningslinjer. Regelmessige hjemmebesøk, hvor det blir inkludert omsorg, opplæring og rådgivning viser seg å være en effektiv metode for å forbedre MS pasientene sin livskvalitet. Derfor bør fremtidige støtteprogrammer for pasienter som bor hjemme omfatte samarbeidstiltak av et tverrfaglig team for å bidra til bedre livskvalitet hos pasientene.

”Exploring the impact of multiple sclerosis on couples: A pilot study” (Blank & Finlayson, 2007).

Dette er en kvalitativ studie, med bruk av ansikt-til ansikt dybdeintervjuer, hvor de har tatt for seg to par fra Ankara, Tyrkia, som har blitt rammet av MS. Målet med studien var å få frem hvilke mestringsstrategier som fungerer for dem. Funnene som kom fram tyder på at hverdagen til par, der en av dem er rammet av MS, var preget av en bevissthet om at det vil skje endring over tid, spesielt med tanke på mobilitet og funksjonell uavhengighet. Parene benytter forskjellige mestringsstrategier for å tilpasse seg til hverdagen med MS, som bruk av felles støttetjenester (for eksempel avlastning) og uformelle tjenester (for eksempel venner og familie). Denne studien viser at endringer forbundet med MS er en dynamisk prosess der strategier som blir benyttet varierer fra person til person, avhengig av personlige behov og generell vilje til å erkjenne de gradvise endringene som vil oppstå.

4.2. Oppsummering av hovedfunn

I artikkelen til Malcomson, Lowe-Strong og Dunwoody (2008) kommer det fram at sykepleierne bør fokusere på helhetlig personsentrert omsorg til pasientene, og hjelpe dem med å utvikle gode mestringsstrategier som vil fungere for dem. I artikkelen til Plughman, et al. (2012) skriver de at deltakerne hadde lært hvilke mestringsstrategier som fungerte for dem etter flere år med prøving og feiling, men fokus på selvbestemmelse, sosial støtte, sterke problemløsningsferdigheter og samarbeid sammen med helsepersonell var viktige faktorer når det kom til å finne gode mestringsstrategier. I artikkelen til Blanke og Finlayson (2007) skriver de også at det er viktig med støtte fra for eksempel venner og familie, men at også felles støttetjenester, som avlastning, var også viktig for å mestre hverdagen som et par der en av dem har blitt rammet av sykdommen. Støtte til pasient og pårørende kommer også fram i artikkelen til Akkuş og Akdemir (2012), kombinert med regelmessige hjemmebesøk av hjemmesykepleien, hvor det blir inkludert omsorg, opplæring og rådgivning. Dette er med på å bidra til god livskvalitet. Mikula, et al. (2014) skriver at det å finne mestringsstrategier for å

stoppe ubehagelige tanker og følelser er det viktigste for å forbedre den mentale livskvaliteten, men det vil ikke ha noe særlig effekt på den fysiske livskvaliteten fordi den type mestring ikke vil ha noe effekt på symptomene som pasienten har.

5. Drøfting

5.1. Egenmestring

Som Kristoffersen (2011 a) skriver så sier Benner og Wrubel at sykepleierens mål bør være å hjelpe pasienten med å leve ut eller leve med sykdommen sin, og derfor hjelpe pasienten med å mestre sin situasjon. Målet vil være å hjelpe pasienten å finne mestringsstrategier som fungerer for dem, som gjør at de klarer å leve med sykdommen. Psykologene Lazarus og Folkman har laget en stressmestringsmodell, hvor det er to mestringsstrategier. Disse er problemfokusede mestringsstrategier og emosjonsfokusede mestringsstrategier. Folkman og Greer har senere kommet fram til en tredje mestringsstrategi, som er meningsfokusede mestringsstrategier (Renolen, 2015, s. 169-171). Benner og Wrubel mener derimot at mestringsstrategier ikke kan velges ut fra en liste, fordi hver enkelt mestringsstrategi vil oppleves annerledes fra pasient til pasient (Hanssen og Natvig, 2007, s. 55). Artikkelen til Ploughman et. al. (2012) støtter dette ved å skrive at det ikke fungerte å ha en innstilling om at ”en størrelse passer alle”, og at mestringsstrategiene deltakerne brukte varierte veldig fra person til person.

Benner og Wrubel sier at for å hjelpe pasienten med å mestre hverdagen, burde sykepleieren tilnærme seg på en helhetlig måte, og ta hensyn til hvordan pasienten opplever situasjonen (Kristoffersen, 2011 a, s. 262). Dette støtter artikkelen til Malcomson, Lowe-Strong og Dunwoody (2008), hvor det kommer fram at det burde bli utført helhetlig pasientsentrert omsorg. Dette er fordi tidligere studier har vist at MS pasienter fremdeles har udekkede behov, på tross av forskning gjort for å beskrive opplevelsen av å leve med MS. Deltakerne i artikkelen mente at det burde blitt utført mer psykososial hjelp, og at hjelpen burde bli tilpasset ut i fra individuelle behov, problemer og bekymringer på en helhetlig måte. I studien kom det fram at de negative erfaringene med å ha en kronisk progressiv sykdom, som MS, er knyttet til uforutsigbarheten og usikkerheten. Man skal derimot være oppmerksom på at slike følelser blir forsterket ved manglende psykososial støtte.

I artikkelen til Ploughman et. al. (2012) forteller deltakerne at sosial støtte er en viktig faktor for å klare å mestre hverdagen. På den ene siden kommer det fram i artikkelen til Malcomson, Lowe-Strong og Dunwoody (2008) at å opprettholde det sosiale livet krevde mye arbeid. Fatigue var en av grunnene til dette, ettersom deltakerne følte de måtte presse seg selv til å være med venner og familie. På den andre siden fortalte en av deltakerne i samme studie at selv om fatigue hadde en påvirkning på livet hennes, klarte hun å overvinne dette med å

planlegge hele døgnet. I artikkelen til Blank og Finlayson (2007) forteller deltakerne at støtte fra familie og venner, samt det å akseptere og be om hjelp fra andre, var viktige strategier de brukte for å mestre hverdagen som et par. Det kom derimot fram i artikkelen til Ploughman et al (2012) at familie og venner tok mindre kontakt, og de som hadde lite kontakt med andre opplevde følelsen av uunngåelighet og maktesløshet. Deltakerne verdsatte å være sosial over å opprettholde den fysiske mobiliteten.

I artikkelen til Blank og Finlayson (2007) forteller deltakerne at for å kunne klare å mestre sykdommen, er man nødt å være oppmerksom på at det vil skje forandringer over tid. De endret derfor de forskjellige mestringsstrategiene ut i fra situasjonen. Dette støtter artikkelen til Malcomson, Lowe-Strong og Dunwoody (2008) hvor deltakerne fortalte at å justere seg etter sykdommen både var og er et realistisk mål, men det krevde mye. Støtte fra familie og venner var god hjelp, men det ville vært lettere med hjelp og informasjon fra helsepersonell. Videre fortalte deltakerne at det var viktig å være realistisk. De måtte akseptere at de har gode og dårlige dager, og justere mestringsstrategiene ut i fra dette for å klare å komme gjennom dagen. Det kom derimot fram at å akseptere at de kom til å ha dårlige dager, og gjerne måtte sitte i rullestol på de dårlige dagene, var vanskelig. Dette kommer også fram i artikkelen til Ploughman et al (2012) hvor pasientene følte de tilpasset seg til situasjonen når de opplevde forverring av symptomer og plager. De følte de alltid måtte justere seg selv til ”en ny normal”, og gjorde forandringer, som for eksempel å kjøpe mindre matvarer om gangen. Gjennom personlige erfaringer som pårørende, har jeg opplevd at det meste, som for eksempel en ferie, er nødt å bli nøye planlagt, nettopp på grunn av faren for å ha dårlige dager. Man kan derfor ikke være redd for å snakke om ”elefanten i rommet”. Dette kommer også fram i artikkelen til Malcomson, Lowe-Strong og Dunwoody (2008), men deltakerne følte også at det var en utfordring å planlegge fram i tid på grunn av usikkerheten som følger med sykdommen, og derfor krevde en reise nøye gjennomtenkning og planlegging.

Pasienten er nødt å gå gjennom en følelsesmessig bearbeiding ved sykdom og funksjonstap, for at mestring skal være mulig å oppnå (Kristoffersen, 2011 b, s. 156). Dette støtter artikkelen til Malcomson, Lowe-Strong og Dunwoody (2008), hvor deltakerne fortalte at for å klare å akseptere diagnosen de hadde fått, måtte de gå gjennom en psykososial og emosjonell forandring. Deltakerne kom med råd til andre med MS, men visste at selv om noen råd kunne være hjelpsom, så måtte hver enkelt klare å akseptere diagnosen og finne deres egne mestringsstrategier. Det innebar å revurdere målene man har for livet. Deltakerne

mente det var viktig å både lære om og akseptere begrensningene som oppstår ved MS, samt å alltid holde seg oppdatert. Blank og Finlayson (2007) støtter dette med å skrive at å endre forventninger og mål var en viktig del for at deltakerne klarte å mestre diagnosen. Denne type mestring kommer også fram i Folkman og Greers tredje mestringsstrategi, som er meningsfokustert mestring. Innenfor denne type mestringsstrategi er det fire positivt orienterte strategier, og en av dem er forandring av mål. Ploughman et al (2012) skriver at deltakerne opplevde en gradvis forverring av symptomer og plager, og tilpasset seg deretter for å fortsatt kunne delta i aktiviteter som var viktig for dem. Videre forteller noen deltakerne at de benektet diagnosen, men det ble derimot ikke et hinder for at de klarte å finne mestringsstrategier som fungerte for dem. Dette kom også fram i artikkelen til Blank og Finlayson (2007), hvor benektelse/unngåelse ble brukt som en mestringsstrategi. Deltakerne følte benektelse/unngåelse og bruk av personlig styrke var tilstrekkelig for å møte behovene deres. Emosjonsfokustert mestring, som er en del av Lazarus og Folkmans stressmestringsmodell, støtter denne type mestring. Denne mestringsstrategien går ut på å endre følelsesreaksjonene som oppstår ved stress, som for eksempel å unngå problemet (Renolen, 2015, 170).

5.2. Mestring og livskvalitet

Mestring er viktig for å kunne få bedre livskvalitet. Hvis man opplever mestring, vil man være mer tilfredsstillt med livet. En grunn til at det er sammenheng mellom dette, er at hvis man opplever at man klarer å takle de krevende situasjonene som dukker opp som følge av sykdommen, vil omgivelsene og situasjonen virke mindre skremmende (Fjørtoft, 2016, s. 53). Akkuş og Akdemir (2012) skriver at pasienter med MS har en stor usikkerhet i forbindelse med uforutsigbare variasjoner i symptomer, alvorlighetsgrad og progresjon. Denne usikkerheten kan påvirke psykisk velvære og livskvalitet hos pasientene. I samtale med MS sykepleier fortalte hun hvor viktig det var for pasientene å ha god livskvalitet. Bedre livskvalitet ville altså gi en bedre sjanse for mestring.

For det første kom det fram i samtalen med MS sykepleieren at ved å forbedre livskvaliteten, hadde hun sett at det kunne det ha en viss påvirkning på de fysiske behovene. Dette var derimot noe som ikke kunne bevises. Dette støtter artikkelen til Malcomson, Lowe-Strong og Dunwoody (2008), hvor det kom fram at ved å utøve helhetlig pasientsentrert omsorg, og å hjelpe pasientene med å finne gode mestringsstrategier, ville det kunne løse fysiske og

psykiske behov. For det andre viste resultatene i artikkelen til Mikula et. al. (2014) at mestring ikke vil redusere de nevrologiske symptomene, og vil dermed ikke ha påvirkning på den fysiske livskvaliteten. For det tredje kom det fram i artikkelen til Akkuş og Akdemir (2012) hvor det ble forsket på hjemmebesøk ut i fra NANDA sine retningslinjer, at de så en økning i både den mentale og fysiske livskvaliteten, men kun den fysiske delen av livskvalitet var betydelig. Dette var fordi fysiske problemer vil øke de mentale problemene og gi usikkerhet om framtiden. NANDA er et begrep som er utviklet for sykepleie, hvor man skal sette et navn på de forskjellige reaksjonene og symptomene som sykepleiere arbeider med, og skal ta beslutninger om (von Krogh & Kirkevold, 2017)

Gjennom samtale med MS sykepleier kom det fram hvor viktig det var å ha en positiv innstilling, og hun mente dette var den beste strategien for å klare å mestre hverdagen. Optimistiske personer, som har som mål å oppleve gode ting i livet, tåler påkjenninger av vanskelige situasjoner i livet bedre enn pessimistiske personer vil (Renolen, 2015, s. 166). Ploughman et. al. (2012) skriver at deltakerne som ikke hadde sterke problemløsningsferdigheter så mer på problemene som unngåelige, og dette ble en hindring for å delta i sosiale sammenhenger. Disse deltakerne hadde behov for veiledning fra helsepersonell for å finne gode mestringsstrategier og forskjellige problemløsningsteknikker. I artikkelen til Malcomson, Lowe-Strong og Dunwoody (2008) fortalte deltakerne at å ha riktig holdning hadde mye å si for å kunne klare å mestre hverdagen. Å ha en positiv holdning, og å unngå å skyldes sykdommen på noen/noe, var viktig. Å ”kjempe” mot sykdommen og alle konsekvensene som den medbrakte ble sett på som hjelpsomt, i tillegg til å ha humor. De la også vekt på å leve i nuet, og ta hver dag som den kommer.

I artikkelen til Mikula, et al. (2014) kommer det fram at det å stoppe ubehagelige tanker og følelser er den mestringsstrategien som er sterkest forbundet med å få bedre livskvalitet. Grunnen til dette var at MS pasienter har lite kontroll over sykdommen sin. Når pasientene mister evnen til å kontrollere sykdommen, og må lære å leve med den, kan denne type mestringsstrategi hjelpe dem med å redusere stresset som MS medbringer, og dermed forbedre den mentale livskvaliteten. Benner og Wrubel sier at bakgrunnsforståelsen og de personlige egenskapene man har vil bestemme hva som blir opplevd som stressende (Kristoffersen, 2011 a, s. 263). Hanssen og Natvig (2007) skriver at Benner og Wrubel mener man må ta utgangspunkt i hva pasienten opplever som stress, for å få en forståelse om hvordan det vil kunne mestres (Hanssen & Natvig, 2007, s. 53). Ploughman et al (2012)

skriver at noen av deltakerne opplevde en forverring av symptomene på grunn av stress, mens noen gjorde det ikke. Dette støtter artikkelen til Malcomson, Lowe-Strong og Dunwoody (2008) hvor deltakerne fortalte at stress var vanskelig å håndtere og mestre, og flere av dem var bevisst på at dette kunne forverre symptomene deres. Stresset de opplevde oppsto på grunn av selve sykdommen, men også på grunn av hverdagslige ting. Dette kunne være å gå ut med familien, juletider, shopping m.m. Deltakerne brukte forskjellige metoder for å håndtere stress, som yoga, slappe av, aromaterapi og svømming.

I artikkelen til Akkuş og Akdemir (2012) kommer det fram at treningsprogrammer utført hjemme har en positiv effekt på livskvaliteten til pasienter med MS. Dette kommer også fram i artikkelen til Malcomson, Lowe-Strong og Dunwoody (2008), hvor deltakerne la vekt på å holde seg aktiv. De fortalte at rolig trening ble sett på som viktig, både for å holde seg i god fysisk form og for å holde motet oppe. Dette måtte derimot bli gjort ut i fra hver enkelt persons evne, ettersom å overdrive kan forverre symptomene. Deltakerne ønsket derfor veiledning når det kom til trening. I artikkelen til Ploughman et al (2012) kommer det fram at deltakerne følte det kunne være problematisk å utføre fysisk trening, men noen fortalte de hadde lett til moderat fysisk trening som en del av sine daglige aktiviteter. Deltakerne fortalte at MS symptomene hadde fått dem til å måtte gi opp noen av sine foretrukne aktiviteter, som for eksempel svømming eller ski. De valgte derfor noe som var lettere å håndtere, som å bruke manualvekker hjemme.

5.3. Opplæring og rådgivning

Hovedmålet til hjemmesykepleien er å hjelpe pasientene med å bo hjemme så lenge de ønsker det. Sykepleierne har mye selvstendig ansvar, og kompetanse er derfor viktig (Birkeland & Flovik, 2014, s. 13). Et viktig delmål er å hjelpe pasientene med å mestre hverdagen i eget hjem, og det vil variere fra pasient til pasient hvilket behov de har for hjelp (Fjørtoft, 2016, s. 17). I artikkelen til Akkuş og Akdemir (2012) kommer det fram at hjemmebesøk burde vært tilgjengelig for pasientene, vurdert ut i fra hvilke behov de har. På denne måten får pasientene tilgang til rehabilitering og andre helsetjenester uten forsinkelser. Deltakerne i artikkelen til Ploughman et al (2012) fortalte hvor viktig det var med hjemmesykepleie for å kunne klare å bo hjemme. De følte seg tryggere når de visste de hadde regelmessig kontakt med helsepersonell. I samtale med MS sykepleier fortalte hun at pasienter med MS opplever mye sorg og tap i sykdomsforløpet sitt, og mange ønsker da å ha et system i hjemmet sitt. Dette

kommer også av at et system i hjemmet kan hjelpe dem med å mestre hverdagen, ettersom de for eksempel vet hvor ting ligger, og slipper da å bruke krefter på å leite. MS sykepleieren mente at dette er noe som kan være lurt for helsepersonell som kommer inn i andre sitt hjem å ta hensyn til.

Kristoffersen (2011 b) skriver at pasienten må få kunnskap og muligheten til å gi innspill i avgjørelser for å øke forventningene til å mestre livssituasjonen sin. Pasientene vil da kunne forberede seg til eventuelle situasjoner som kan oppstå, og gir da et innblikk i hvordan han kan klare å mestre disse situasjonene. Det kom derimot fram i artikkelen til Malcomson, Lowe-Strong og Dunwoody (2008) at deltakerne ikke fikk informasjon om hvordan de kunne mestre diagnosen, symptomene og eventuelle livsstils forandringer. De var derfor forvirret og satt igjen med ubesvarte spørsmål. På den ene siden, som tidligere skrevet, fortalte deltakerne at for at de skulle klare å akseptere diagnosen, så krevde det psykososial og emosjonell forandring. Dette ble en utfordring ettersom det var mangel på støtte og forståelse fra helsepersonell, og dårlig kommunikasjon ved diagnosetidspunktet og utover. På den andre siden kom det også fram i studien at nevrologen, og annet helsepersonell, hadde god kompetanse og kunne svare på spørsmål relatert til diagnosen. Deltakerne følte derimot at helsepersonellet ikke klarte å håndtere de psykososiale bekymringene som de hadde. Ved å ta opp eventuelle bekymringer pasienten har kan man unngå at pasienten sitter igjen med angst og følelsen av å bli forlatt.

Deltakerne i samme studie kom med forskjellige tips til helsepersonell, og et av disse var at det bør gis mer informasjon, og at informasjonen burde vært tilgjengelig i andre former enn bare skriftlig. Informasjonen burde bli ”skreddersydd” så mye som mulig ut i fra individuelle behov. De ønsket rådgivning i forhold til trening, og om hvor de kunne gå for å få hjelp til forskjellige temaer innenfor sykdommen. Deltakerne fortalte videre at de samlet informasjon gjennom bøker, internett, MS kurs og fra MS sykepleiere. De fortalte også at terapi kunne vært et godt alternativ i forhold til å få hjelp til å takle følelsene som sykdommen medbragte, i tillegg til å hjelpe dem med å akseptere diagnosen. Det kom derimot fram at deltakerne oppfattet ordet terapi som noe negativt. De følte ordet var assosiert med psykisk sykdom, og manglende evne til å mestre. De mente derfor at ”MS hjelper” eller ”MS støttarbeider” hadde vært et bedre navn. På den ene siden kom det fram i artikkelen til Ploughman et al (2012) at ved hjelp av informasjon og råd fra helsepersonell har de klart å bli ”eksperter” i å mestre MS. På den andre siden ønsket de ikke helsepersonell som bare fortalte og ga

informasjon, men satt pris på toveiskommunikasjon med de som lyttet og diskuterte. Helsepersonell som så begrensningene ved behandling mot MS, men som samtidig var støttende og tilrettela etter behov, ble sett på som god hjelp for å klare å finne gode mestringsstrategier.

Antonovsky sier at mestring handler om at man vet at man har og er i stand til å bruke ressurser overfor utfordringer man blir utsatt for (Bastøe, 2011, s. 86). Alvsvåg (2012) skriver at sykepleierne skal ta utgangspunkt i pasientens sykdom og problemer, og finne ut hvilke ressurser pasienten har, og eventuelt mangler. Dette støtter Espeseth, Mastad, Johansen og Almås (2010) ved å skrive at for at pasienten skal kunne klare å holde oppe håpet og optimismen, så må sykepleier og pasient sammen finne ut hvilke ressurser han og pårørende har, og legge vekt på å utnytte disse. Fjørtoft (2016) skriver at sykepleieren skal støtte ressursene som pasienten har, men ikke mer enn nødvendig. Benner og Wrubel sier at behovet for sykepleie vil oppstå fordi de kroppslige kunnskapene og bakgrunnsforståelsen pasienten har ikke strekker til lengre, og pasienten må da reflektere over den nye situasjonen og hva det vil innebære (Kristoffersen, 2011 a, s. 263). Dette støtter Alvsvåg (2012) ved å skrive at hvilken situasjon pasienten er i, og hvordan pasienten ser på situasjonen sin er betydningsfullt når man skal utøve sykepleie. Lazarus og Folkman sier at en mestringsstrategi ikke vil være god eller dårlig, men det må bli sett ut i fra hvilken situasjon som pasienten er i, og hva han legger i situasjonen (Renolen, s. 169).

Å be om hjelp er også et tema som går igjen i flere av artiklene. Deltakerne i artikkelen til Malcomson, Lowe-Strong og Dunwoody (2008) fortalte at når man hadde klart å akseptere diagnosen og tenke gjennom personlige mål, så var det å spørre om hjelp fortsatt et problem. Deltakerne sa derimot at når de følte på frykt og frustrasjon var det å tørre å spørre om hjelp viktig. Ene deltakeren fortalte at den emosjonelle siden av MS vaket fra den medisinske siden, og derfor trenger personer som er rammet av sykdommen å snakke om bekymringene sine. Kristoffersen (2011 b) skriver at når pasienter opplever funksjonstap som gjør at de må legge om måten de lever på, er sykepleier en god utenforstående person å snakke med. Sykepleierne må da kunne klare å høre de eventuelle frustrasjonene og fortvilelsene som pasienten kan ha. Deltakerne i artikkelen til Blank og Finlayson (2007) støtter dette med å si at det å be om og akseptere hjelp var viktig for mestring.

Akkuş og Akdemir (2012) skriver at pasienter bør bli lært forskjellige måter å mestre sykdommen sin på, og oppmuntret til å leve et liv uten konstant bekymring om symptomer og utviklingen av sykdommen. De vil dermed kunne forbedre den mentale livskvaliteten.

Malcomson, Lowe-Strong og Dunwoody (2008) skriver at deltakerne så det nyttig å bli kjent med andre som hadde MS, og få informasjon og råd fra dem. Denne informasjonen gjorde at de fikk en bedre forståelse av sykdommen, som hjalp dem med egenmestring, men alt tok tid. Alle deltakerne i studien var enig om at det hadde vært lurt å få andre med MS til å gi informasjon, men dette var derimot noe de følte var mangel på. Videre fortalte deltakerne at gjennom diskusjoner med andre som hadde MS, var de aller fleste både villig og ivrig til å fortelle om erfaringene deres. Espeseth, Mastad, Johansen og Almås (2010, s. 228) skriver at å ha en felles undervisning og veiledning sammen med andre pasienter som har samme sykdom og erfaringer, kan hjelpe å fremme pasientens mestringsevne.

Det kommer fram i artikkelen til Malcomson, Lowe-Strong og Dunwoody (2008) at et tverrfaglig team burde blitt inkludert når man skal hjelpe pasienter med MS å mestre hverdagen. Dette kommer også fram i artikkelen til Akkuş og Akdemir (2012) hvor de skriver at det er en fordel at både pasient og pårørende har tilgang til et tverrfaglig team. De mener derfor at utvikling av fremtidige støtteprogrammer for pasienter med MS som bor hjemme, bør inkludere et tverrfaglig team for å øke pasientens livskvalitet.

6. Konklusjon/avslutning

Gjennom forskning og litteratur har jeg kommet fram til forskjellige faktorer som er viktig for at sykepleie skal kunne bidra til mestring hos hjemmeboende pasienter med MS, som opplever sviktende helse. Både forskning og litteratur viser at sykepleiere bør hjelpe pasientene med å finne gode mestringsstrategier som vil fungere for dem. Det bør være fokus på helhetlig omsorg og hvordan hver enkelt opplever sin situasjon. Et punkt som kommer igjen i flere av artiklene er sosial støtte. Dette kan være en utfordring ettersom pasientene kan ha problemer med å komme seg like mye ut som tidligere. Pasientene må være bevisst på at det kommer til å skje forandringer over tid, og støtte fra familie og venner vil da være god hjelp, samt informasjon fra helsepersonell.

Informasjon var et viktig tema i flere av artiklene. Deltakerne la vekt på at dette var noe helsepersonell bør ha fokus på for å kunne hjelpe andre med MS til å både akseptere og mestre diagnosen. Informasjonen som blir gitt bør bli ”skreddersydd” etter hver enkelt pasients behov. Videre bør sykepleiere hjelpe pasientene med å øke livskvaliteten, ettersom det da vil bli større muligheter for mestring. Hvis pasientene har en positiv holdning og utvikler gode problemløsningsferdigheter så vil de lettere kunne mestre hverdagen. Det kom også fram hvor viktig det var med regelmessige hjemmebesøk. Deltakerne følte seg tryggere når de regelmessig hadde kontakt med hjemmesykepleien, og de hadde lettere tilgang til rehabilitering og andre helsetjenester. Tverrfaglig team er også noe som pasienter med MS bør ha tilgang til, og forskningen viste at hvis pasienten får hjelp av et tverrfaglig team så vil det øke livskvaliteten.

Gjennom denne oppgaven har jeg fått mer innsikt i hvordan jeg kan hjelpe hjemmeboende pasienter som har MS, samt økt kunnskapen jeg hadde om sykdommen. Gjennom forskning kom det fram forskjellige opplevelser og erfaringer pasientene hadde, og gjennom dette har jeg fått innsikt i hvilke faktorer jeg skal legge vekt på for å kunne hjelpe MS pasienter.

Referanseliste

- Akkuş, Y., & Akdemir, N. (2012). Improving the quality of life for multiple sclerosis patients using the nurse-based home visiting model. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 26(2), 295-303. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00933.x
- Alvsvåg, H. (2012). Helsefremming og sykdomsforebygging – et historisk og sykepleiefaglig perspektiv. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (1. utg., s. 79-97). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bastøe, L.-K. H. (2011) Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 1*. (4. utg., s. 81-103). Oslo: Akribe
- Bertelsen, A. K. (2011). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1 utg. s. 313-336). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen damm.
- Blank, W. C. & Finlayson, M. (2007). Exploring the impact of multiple sclerosis on couples: A pilot study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(2):134-42. Hentet 10. Mars 2017 fra <http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.hsh.no>
- Braut, G. S. (2015, 4. desember). *Helse*. Hentet 3. april 2017 fra <https://sml.snl.no/helse>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P.A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleieutdanningene*. Oslo: Abstrakt.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Espeseth, K., Mastad, V., Johansen, E. R. & Almås, H. (2010). Sykepleie ved nevrologiske sykdommer. I H, Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (Utg. 4, s. 227-258). Oslo: Gyldendal akademisk.

Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.

Hanssen, T. A. & Natvig, G.-K. (2007). Livskvalitet, helse, stress og mestring. I E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom* (2. utg., s. 29-59). Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Kristoffersen, N. J. (2011 a). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar bind 1* (2. Utg. s, 207-270). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011 b). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar bind 3* (2. Utg. s, 133-196). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kunnskapssenteret (2017, 20. januar). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 27. mars 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningartikler>

Malcomson, K., Lowe-Strong, A., & Dunwoody, L. (2008). What can we learn from the personal insights of individuals living and coping with multiple sclerosis?. *Disability & Rehabilitation*, 30(9), 662-674.

Mikula, P., Nagyova, I., Krokavcova, M., Vitkova, M., Rosenberger, J., Szilasiova, J., & ... van Dijk, J. P. (2014). Coping and its importance for quality of life in patients with multiple sclerosis. *Disability & Rehabilitation*, 36(9), 732-736.
doi:10.3109/09638288.2013.808274

Norsk helseinformatikk (2016, 22. Juli). *Multipel sklerose (MS) en oversikt*. Hentet 17. Mars 2017 fra <https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/multipel-sklerose/multipel-sklerose-oversikt/#heading-2>

Ploughman, M., Austin, M. W., Murdoch, M., Kearney, A., Godwin, M., & Stefanelli, M. (2012). The Path to Self-Management: A Qualitative Study Involving Older People with Multiple Sclerosis. *Physiotherapy Canada*, 64(1), 6-17. doi:10.3138/ptc.2010-42

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Solheim, E. M. (1961, 14. april). *Gulltråden*. Hentet 20. april 2017 fra <http://tidsskriftet.no/2006/04/medisin-og-kunst/ynk-ikke-min-vanforhet-sykdommens-plass-i-elling-solheims-diktning#reference-7>

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Von Krogh, G. & Kirkevold, M. (2017, 21. mars). *NANDA*. Hentet fra <https://sml.snl.no/NANDA>

Vedlegg

Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
1. Malcomson, K. S., Lowe-Strong, A. S. & Dunwoody, L. (2008) “ <i>What can we learn from the personal insights of individuals living and coping with Multiple Sclerosis?</i> ”	Hensikten med studien var å finne ut hvordan det å ha MS påvirket hverdagen til deltakerne og hvilke mestringsstrategier de brukte for å takle hverdagen.	Dette er en kvalitativ undersøkelse hvor 13 personer deltok i studien. De ble delt inn i to fokusgrupper, med syv personer i gruppe 1 og seks i gruppe 2. Fokusgruppene varte i 90 minutter og det ble brukt videoopptak og båndopptak, deretter ordrett skrevet ned. Alle deltakerne ble lovet anonymitet og ble bedt om å skrive under på et samtykkeskjema på forhånd.	I studien deltok ni kvinner og fire menn i en alder fra 40-67 år, som hadde hatt diagnosen i 6-30 år. Seks av deltakerne hadde relapserende-remitterende MS (RRMS), 6 hadde sekundær-progressiv MS (SPMS) og 1 hadde primær-progressiv MS (PPMS)	Resultatene som kom fram i studien er at det er viktig med helhetlig pasientsentrert omsorg. Det bør være fokus på de psykososiale problemene og utfordringene som kan oppstå knyttet til sykdommen. Det krever at både pasientene og helsepersonell arbeider sammen.
2. Mikula, P., Nagyova, I., Krokavcova, M.m Vitkova, M., Rosenberger, J., Szilasiova, J., Gdovinoca, Z.,	Målet med denne studien var å undersøke om problemfokusert mestring, mestring fokusert på å få støtte og mestring fokusert på å	Dette er en kvantitativ studie som besto av et spørreskjema, et intervju og en nevrologisk undersøkelse. Innkalling,	I studien deltok 133 personer hvor 77,0% var kvinner og 23,0% var menn, i en alder fra 20-59 år. Eksklusjonskriteriene til denne studien	Resultatene som kom fram i denne studien var at mestring var betydningsfull i forhold til mental livskvalitet, men ikke i forhold til fysisk livskvalitet. Å stoppe

<p>Groothoff, J. W. & Vqan Dijk, J. P. (2014)</p> <p><i>”Coping and its importance for quality of life in patients with multiple sclerosis”</i></p>	<p>stoppe ubehagelige følelser og tanker er forbundet med ulike nivåer av fysisk og mental livskvalitet, kontrollerende for kjønn, alder og sykdommens alvorlighetsgrad blant MS-pasienter.</p>	<p>samtykkeskjema og spørreskjema ble sendt hjem til deltakerne i posten. Deltakerne ble også påminnet om spørreskjemaene over telefon etter to uker. I løpet av samtalen ble også intervjuet og den nevrologiske undersøkelsen planlagt. Disse tok sted ved Nevrologisk poliklinikk.</p>	<p>var psykiatrisk diagnose, Mini mental status evaluering, graviditet, diagnosen klinisk isolert syndrom (CIS) og manglende evne til å snakke slovakisk.</p>	<p>ubehagelige følelser og tanker ser ut til å være den viktigste typen mestring hos MS-pasienter. Pasienter, omsorgspersonene deres og legene deres bør derfor få vite om denne type mestring og den positive sammenhengen den har i forhold til mental livskvalitet.</p>
<p>3. Ploughman, M., Austin, M. W., Murdoch, M., Kearney, A., Godwin, M., & Stefanelli, M. (2012)</p> <p><i>“A path so self-management: A qualitative study involving older people with Multiple Sclerosis”</i></p>	<p>Hensikten med studien var å utforske elder persons opplevelse av å bli elder med diagnosen MS, og hvordan de mestrer hverdagen.</p>	<p> Dette er en kvalitativ studie. Etter introduksjon, samtykke og innsamling av demografiske data, møtte deltakerne til et ansikt-til-ansikt intervju som varte i 60-80 minutter, hvor det ble stilt åpne spørsmål. Intervjuene ble tatt opp på bånd for å seinere bli skrevet ned.</p>	<p>I studien deltok 18 personer som var over 55 år, hadde opplevd symptomer på MS i de siste 20 årene og bodde innen 90 minutter reisetid fra lokalet. Kognitiv status ble ikke inkludert som en del eksklusjonskriteriene, men i løpet av intervjuet så man at deltakeren ikke klarte å følge med i</p>	<p>Resultatene i denne studien er at deltakerne vedsatt sine mestringsstrategier, og beskrev fasene å tilrettelegge og hindringene som oppstår fra sine synspunkter. Over år og tiår har de lært av sine livserfaringer og av å prøve og feile. Selvbestemmelse, sosial støtte og sterke problemløsningsferdigheter og samarbeid</p>

			<p>samtalen. Intervjuet ble derfor avsluttet og dataene ble ikke inkludert i analysen.</p>	<p>med helsepersonell har hjulpet dem å tilpasse og mestre hverdagen.</p>
<p>4. Akkuş, Y. & Akdemir, N. (2012)</p> <p><i>“Improving the quality of life for multiple sclerosis patients using the nurse-based home visiting model”</i></p>	<p>Hensikten med denne studien var å bruke Nursing Diagnosis Association (NANDA) retningslinjer og fastslå effekten av hjemmesykepleie på de mange utfordringene som kan oppstå og livskvalitet problemstillinger overfor pasienter med MS.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie. I studien har de brukt pretest-posttest eksperimentgruppe design. De 24 personene som deltok i kontrollgruppen fikk standard behandling som vanligvis gis til pasienter med MS, mens de andre 21 som deltok i intervensjonsgruppen fikk hjemmesykepleie besøk basert på NANDA klassifikasjonssystem. Data ble samlet inn gjennom et generelt spørreskjema, symptom evaluerings skjema og Multiple Sclerosis Quality-of-</p>	<p>I studien deltok 45 personer som gikk innenfor inklusjonskriteriene : fått diagnosen MS av en nevrolog, kan skrive, var eldre enn 18, hadde en EDSS (Expanded Disability Status Score) mellom 0 og 9 og var bevisst og kunne snakke. 21 av deltakerne var i intervensjonsgruppen og 24 i kontrollgruppen.</p>	<p>Resultatene som kom fram i denne studien var at det var statistisk forskjell mellom intervensjons- og kontrollgruppene om MSQOL-54P (Fysisk helse), men ikke særlig stor forskjell på MSQOL-54M (Mental helse). Modellen etter NANDA har bidratt til å oppnå en forbedring i livskvaliteten til MS pasientene i intervensjonsgruppen. Denne type hjemmebesøk/hjemmesykepleie kan også brukes til å øke kvaliteten på pleie og livskvalitet for pasienter med MS.</p>

		<p>Life skjema (MSQOL-54)</p> <p>Det ble bedt om muntlig samtykke for å delta i studien.</p>		
<p>5. Blank, C. W. & Finlayson, M. (2007)</p> <p><i>”Exploring the impact of multiple sclerosis on couples: A pilot study”</i></p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke hvordan MS vil påvirke livene til to par som lever med denne sykdommen og å få fram deres mestringsmetoder</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie. Det ble brukt ansikt-til-ansikt dybdeintervjuer, og feltnotater ble spilt inn rett etter intervjuene. Hvert av parene ble intervjuet både sammen som et par og hver for seg. På forhånd ble de kontaktet og gitt et rekruterings brev og fakta ark om studien. Det ble innhentet et skriftlig samtykkeskjema fra alle deltakerne.</p>	<p>I studien deltok to par som hadde blitt rammet av MS. De to parene ble valgt fordi de var kjent i MS samfunnet som villige til å fortelle om historiene sine.</p>	<p>Resultatene som kom fram i studien er at det dukket opp to store temaer, som er økende bevissthet om endring og bruk av mestringsstrategier. Deltakerne uttrykte bekymring som stammer fra utviklingen av MS og endringer som er knyttet til utviklingen av sykdommen over tid. Det kom også fram flere mestringsstrategier som de bruker.</p>