



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgåve

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 18.02.10

Kandidatnr.: 20

Antall ord: 7665

Bachelor oppgåve om sjukepleie og meistring av Morbus Crohn.



”Korleis kan sjukepleiar bidra til meistring av sjukdommen hos pasientar med Morbus Crohn?”

Samandrag:

Kvart år blir det diagnostisert 200-300 nye tilfeller av Morbus Crohn i Noreg, ein kronisk sjukdom som har eit forløp karakterisert av periodevis remisjon og periodevis aktiv sjukdom. I den aktive sjukdoms perioden kan pasienten oppleve store påkjenningar, der dei til tider ikkje kan fungere i sine vande roller i kvardagen, der sjukdommen styrer livet og livsutfaldinga til pasienten. Denne oppgåva er ei litteratur studie som omhandlar sjukepleie og pasientars meistring av sjukdommen Morbus Crohn. Problemstillinga i denne oppgåva er korleis ein som sjukepleiar kan bidra til meistring av dei påkjenningane som pasientane møter ved diagnostisering, der eg er ute etter ei sjukepleiar åtferd eller funksjon som kan bidra til dette i relasjon med pasienten. Metoden som er brukt er litteraturstudie, der funna i hovudsak kjem i frå forskingslitteratur. Hovudfunna i denne studia avdekkar at sjukepleiaren kan bidra til Morbus Crohn pasientens meistring ved at dei bidreg med informasjon og kunnskapar til pasienten, samt lyttar, har tillitt til og støttar pasienten i sin situasjon.

Abstract:

Every year 200-300 people are diagnosed with Crohn Disease in Norway. The disease progresses are characterized with periods of remission and periods of active illness. In the active disease periods the patient can experience great stress, and a loss of their daily functioning, and curtailed opportunities of life because of the disease presence and its nature. This study is a literature study, that discuss nursing and patients coping of Crohn Disease. The propose of this study is to research how the nurse can contribute to the patients coping of Crohn Disease and its following consequences when they have been diagnosed with this disease. More precisely I am seeking for an nursing behavior or function that can contribute to the patients coping.

Literature study is used as a method in this study, the findings in this study are therefore basically from science literature. The main result of this study shows that the nurse can contribute to the patients coping when they are giving them information and knowledge about the disease, and when they listen to the patients, trust them and support them in their situation

Innholdsfortegnelse

Samandrag:.....	ii
Abstract:	iii
1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for val av tema.	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling.....	2
1.4 Oppgåvas oppbygging	2
2.0 TEORI	3
2. 1 Sjukdommen Morbus Crohn	3
2. 2 Å leve med kronisk sjukdom.....	3
2.3 Stress og Meistring	4
2.3.1 Stress	4
2.3.2 Meistring	5
2.4 Livskvalitet	5
2.5 Kroppskunnskaping- ein læring og meistrings prosess.	6
2. 6 Benner og wrubels sykepleie teori	8
2.6.1 Syn på mennesket	8
2.6.2 Syn stress og meistring	8
2.6.3 Syn på sjukepleie	9
3. 0 METODE.....	11
3.1 Litteratur studie.....	11
3.2 Litteratur søkeprosessen.....	11
3.2.1 Ethiske aspekt.....	11
3.2.2 Innhenting av data.....	12
3.2.3 Kjeldekritikk og Kvalitets kriterium	13
3.2.4 Artikkel søk	13
4.0 RESULTAT.....	14
4.1 Presentasjon av artiklar.....	14
5.0 DRØFTING.....	17
5. 1 Informasjon, Kunnskap og Meistring.....	17
4.2 Å lytte og ha tillit	20

5.3 Å vere ei støtte	23
6.0 Avslutning	25
7.0 Litteraturliste	I

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for val av tema.

Kvart år diagnostiserast det rundt 200- 300 nye tilfelle av Morbus Crohn i Noreg, ein kronisk sjukdom som ofte debuterer hos menneske i ung alder (Landsforeninga mot fordøyelses sjukdommar).Grunnen til at eg valte å skrive om Morbus Crohn sjukdom er at eg var mykje i kontakt med denne pasient gruppa då eg hadde praksis på medisinsk gastro-avdeling. På det tidspunktet eg hadde praksis der var det ein del unge pasientar som var innlagt med ny eller relativt ny diagnostisert Morbus Crohn. Eg fekk ein innsikt i korleis dei måtte lære seg å leve med sjukdommen og alt det den førte med seg. Dette gjorde inntrykk på meg, og det har vekka interesse i meg for å finne ut meir om sjukdommen og korleis ein skal kunne hjelpe desse pasientane. Eg ønskjer i denne oppgåva å utforske korleis sjukepleiaren kan bidra til meistring hos desse pasientane, kva sjukepleiar funksjon ein må legge vekt på når ein skal kunne hjelpe ein pasient til å oppnå meistring av sin livs situasjon.

For meg som framtidig sjukepleiar vil dette være ei nyttig studie å ta med meg i relasjon med pasientar som lever med kronisk sjukdom og opplever anna sjukdom generelt, da denne studia kan bidra til ei økt handlings kompetanse hos meg som sjukepleiar. Meistring er sentralt hos alle pasientar som opplever sjukdom, det er da nyttig for meg som sjukepleiar å ha kunnskap om kva områder som er viktig og leggje vekt på for å kunne gje best mulig kvalitet på den individuelle sjukepleia.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Mi problemstilling er som følger:

”Korleis kan sjukepleiar bidra til meistring av sjukdommen hos pasientar med Morbus Crohn?”

1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling

Eg har valt å fokusere på pasientar som har relativt nyoppdaga sjukdom. Pasientgruppa eg har valt å fokusere på er ungdom og unge vaksne, 16- 30 år, da det er i denne perioden at symptoma og diagnostiseringa som oftast føreligg. Eg har valt og ikkje inkludere område som omfattar pårørande i denne studia. Eg ynskjer å komme fram til ei åtferd/ funksjon hos sjukepleiar som kan bidra til meistring. Problemstillinga omfattar pasientar som er i kontakt med sjukepleiar som innlagt pasient eller ved konsultasjon på poliklinikk. Eg har valt og ikkje ha fokus på pasientar som gjennomgår kirurgisk behandling av sjukdommen.

1.4 Oppgåvas oppbygging

I kapittel 2 har eg presentert aktuell teori. Der har eg tatt for meg Morbus Crohn pasienten, livet med kronisk sjukdom, samt teoriar om stress, meistring og sjukepleie. For å belyse sjukepleie i forhold til pasientar i ein meistringsfase har eg valt å bruke Benner og Wrubels sjukepleie teoriar, da eg synes dei belyser sentrale aspekt om stress, meistring og sjukepleie. I kapittel 3 gjer eg rede for metode og metodeval, samt ei kort presentasjon av dei inkluderte artiklane som eg har valt i mi studie. Avslutningsvis i kapittel 4 belyser eg funna i dei ulike artiklane opp i mot ulik teori på området og eigne erfaringar.

2.0 TEORI

2.1 Sjukdommen Morbus Crohn

I følge Reime (2008) er Morbus Crohn en kronisk inflammatorisk tarmsjukdom som affiserer fordøyelses systemet. Det kroniske forløp viser seg som usikkert og varierende, og er prega av periodar med remisjon og periodar med aktiv sjukdom (Moum, 2001).

Twedell (2008) beskriv symptom som ubehag, vekttap, temperaturforhøgning, energiløyse, magekrampar og smerter, diaré, ømheit og oppblåstheit i mageregionen og generelt nedsett allmenntilstand som sentrale problemområde ved sjukdomsutbrot. Allmås, Mordal & Reiten (2007) hevdar at det følgjar mykje smerte med sjukdomsperiodane.

Zonderman og Vender (2000) hevdar at eit sjukdomsutbrot kan vare frå veker til månader. I alvorlige sjukdomsperiodar kan det bli aktuelt med innlegging i sjukehus med omfattande medisinsk behandling og avlastning av magetarm systemet. I følge Reime(2008) omtalast sjukdomsutbrota som uforutsigbare og inneber ein risiko for alvorlege komplikasjonar.

Behandlinga beskrives vidare som førebyggjande og symptomatisk ved at sjukdommen ikkje kan kurerast.

2.2 Å leve med kronisk sjukdom

Heggdal (2008) definerer kronisk sjukdom som eit fleirtydig omgrep, da det hevdes at omgrepet er ei felles betegning på langvarige tilstandar som ein ikkje veit årsaka til, og dermed ikkje kan behandle. Den viktigaste behandlinga blir da beskrevet som det å styrke og oppretthalde individets livskvalitet, meir enn å kurere sjukdom. Miller (2000) seier at den som opplever ein kronisk sjukdom, må gå igjennom ei livslang tilpassing etter sjukdommens natur, og at pasientane må lære seg måtar å meistre dei fysiske konsekvensane, og den innskrenka livsutfoldinga den fører med seg. Gjengedal og Hanestad (2007) hevdar at den kroniske sjukdommens nærvær gjer ei forstyrning i kvardagen til den som er ramma, noko som fører med seg nye avgrensingar i dagleglivet.

Dei ulike aspekta i den overnemte tenkinga rundt det å leve med kronisk sjukdom kan på mange

områder relaterast til pasientens liv med Morbus Crohn. Allmås et al. (2007) påpeikar dette når dei seier at kvardagen til mange pasientar med Morbus Crohn i stor grad er regulert av sjukdommen. Vidare seier Reime (2008) at Morbus Crohn er sjukdom som ikkje berre rammar kroppen, men heile livssituasjonen til pasienten på grunn av det uforutsigbare kroniske forløpet. Casati, Toner, De Rooy, Drossman og Maunder (2000) hevdar at sjukdommen er med på å styre livet til menneske som er diagnostisert med inflammatorisk tarmsjukdom med tanke på val av livsveg og livsutfalding.

2.3 Stress og Meistring

Stress og meistringsteoriar kan vere med på å gje ei forståing for kva begrepet meistring er, og korleis kronisk sjukdom kan virke inn på mennesket, samt kva behov som melder seg når slik sjukdom oppstår i eit menneskes liv.

2.3.1 Stress

Hanssen & Natvig (2007) hevdar at omgrepet *stress* kan sjåast på som ei belastning som utløyer stressreaksjonar hos mennesket i varierende grad og form. Lazarus & Folkmann (sitert i Renolen, 2008, s 149) hevdar at det i hovudsak ikkje treng å vera situasjonen i seg sjølv som utløyer stresset, men individets oppleving og vurdering av situasjonen. Dei seier vidare meir spesifikt at stresset kan skildrast som en relasjon mellom mennesket og omgjevingane som etter vurdering av mennesket, viser seg å overstige eller gå ut over personens egne ressursar, og da kunne skade hans velvere. Renolen (2008) beskriver sjukdom som ein stimuli som kan uløyse stressreaksjonar hos menneske. Miller (2000) belyser at det kan vere ulike grunner til at menneske med kronisk sjukdom opplever stress. Han beskrive blant anna at det å måtte tilpasse seg ein ny livstil med nye avgrensingar, og måtte tilegne seg nye ferdigheter og kunnskapar til å kunne ivareta eigenomsorg, som faktorar som kan føre til stress. Allmås et al. (2007) hevder at mange pasientar med Morbus Crohn ofte opplever at sjukdommen regulerer livet, og at ein etter diagnostisering må lære seg å leve på ein ny måte. Casati et al. (2000) belyser blant anna tap av energi, tap av kontroll, endringar i kroppsbildet, isolasjon relatert til frykt for sjukdommens følgjer, mangel på

informasjon og kunnskap som problemområde i liva til pasientar med Morbus Crohn. Petrak, Hardt, Clement, Børner, Egle og Hoffman (2001) presenterer gjennom sine undersøkingar ulike faktorar i livet til Morbus Crohn pasienten som utløyser stress. Dei legg fram ein teori om at påkjenningane som er knytte til sjukdommens fysiske karakter utløyser ein sterk form for stress, der ein siktar til problemområda rundt fysiske påkjenningar, symptom, medisinsk behandling, komplikasjonar og den uvissheta som følgjer med situasjonen.

2.3.2 Meistring

Lazarus og Folkmans (sitert i Renolen, 2008, s 149) beskriv meistring i sine teoriar som ulike kognitive og åtferdsmessige handlemåtar som har som hensikt å takle dei krav som pasienten etter pasientens vurdering visar seg å overstige hans egne ressursar, da han blir utsett for stress. Heggen (2007) hevdar at meistring handlar om å takle stress og påkjenningar slik at ein kan fortsette livet, der han belyser sjukdom som ei slik påkjenning. Han hevdar vidare at det handlar om å kunne ta i bruk dei ressursar ein har tilgjengelig for å betre situasjonen. Miller (2000) beskriv meistring som menneskets svar på noko som virkar truande, for å eliminere det ubehaget det fører med seg. Heggdal (2008) bruker uttrykket ”betringas veg” om meistring hos pasientar som opplever kronisk sjukdom, der pasienten brukar ulike strategiar for å finne ein helsefremmande veg vidare. Reitan (2006) hevdar at faktorar som opplevast som belastande og stressande på individet, er ofte faktorar som individet må lære seg å meistre å leve med for å kunne oppnå best mulig livskvalitet i situasjonen som er oppstått. Pearson (2004) hevder at det er viktig at sjukepleiaren forstår kva pasienten som blir ramma av inflammatorisk tarmsjukdom går igjennom, kva han må ta stilling til i kvardagen for og kunne bidra til meistring.

2.4 Livskvalitet

Hanestad & Wahl (2007) hevdar at livskvalitet er eit omgreip som har fokus i mange fagfelt, og det eksisterer like mange ulike syn på omgreip. Innanfor helsesektoren i dag er livskvalitet blitt et etablert overordna mål, og sentralt innanfor arbeidet med kronisk sjukdom der ein ikkje kan kurere. Rustøen (2005) hevder at det overordna målet med pleie til kronisk sjuke vil vere at

pasientane skal få ha det så godt som mulig til tross for dei avgrensingar dei lever med, og at dei skal ha best mulig livskvalitet. Det blir da eit fokus på at ein skal kunne overvinne påkjenningane i kvardagen i den grad det er mulig, ved og meistre dei for å kunne leve med dei og oppleve mest mulig livskvalitet.

Ferrans (sitert i Rustøen, 2005, s 135) definerer livskvalitet som:

En persons følelse av tilfredshet eller utilfredshet med de områdene i livet som er viktige for en.

Rustøen (2005) påpeiker at ein kan sjå på livskvalitets omgreip som både subjektivt og fleirdimensjonalt. Det kan sjåast på som subjektivt ved at den er individets egen oppfatning av sitt liv som skal ligge til grunn for kva livskvalitet han har. Livskvalitet kan sjåast på som eit fleirdimensjonalt omgreip ved at ulike sider av livet har betydning for eit menneskes livskvalitet, desse aspekta blir presentert som fysiske, sosiale og psykologiske sider i menneskelivet.

2.5 Kroppskunnskaping- ein læring og meistrings prosess.

Heggdals (2008) teoriar om kroppskunnskaping er grunnlagt i pasientars erfaring med å leve med kronisk sjukdom, den grunner i pasienterfaring rundt meistring og betring ved langvarig sjukdom. Teorien bygger på ei forskning av ei gruppe kronisk sjuke over tid, der blant anna pasientar med Morbus Crohn deltok som informantar. Heggdal (2008) presenterer kroppskunnskaping som ein prosess for utvikling av personlig kunnskap om egen kropp, meistring, helse og velvere. Prosessen handlar om at individet utviklar kunnskap om sin egen kropp i ulike fasar. Gjennom prosessen utviklar individet kunnskap om kva som kan bidra til helse og velvære, korleis ein kan førebygge plager og behandle seg sjølv. Det handlar om at ein skal kunne handtere den situasjonen ein er hamna opp i, erfare og bruke den kunnskapen til å bevege seg vidare til meistring. Individet arbeider bevisst med å skape nye mogelegheitlar for livsutfalding og velvære, skape ny helse i ein situasjon med langvarig sjukdom (Heggdal, 2008).

Heggdal (2008) beskriv helsepersonellet si rolle i interaksjon med menneske som opplever kronisk sjukdom som eit reisefølgje og ein vegleiar på denne reisa. Der pasienten er forskar og sitt med nødvendig kunnskap om sin situasjon, og helsepersonellet si rolle blir ein

kunnskapskilde og vegleiar om emne som er med på å fremme meistring i pasientens situasjon. Heggdal hevder vidare at det er viktig at helsepersonellet ikkje tek ein ekspertrolle som ser på seg sjølv som den kunnskapsrike i relasjonen, men heller fokuserer på å utforske pasienten si oppleving av situasjonen, og bruke det som base for samarbeid. Vidare blir helsepersonellet si rolle skildra som støttande, der ein skal støtte opp under menneskets helsefremmende åtferd for å styrke de positive aspekta som kan føre til meistring. Ho påpeikar viktigheita av at ein bidrar til å styrke pasienten i dei val han tar (Heggdal, 2008)

2. 6 Benner og wrubels sykepleie teori

Benner og Wrubels teorier tar utgangspunkt i fenomenologisk filosofi, og baserer seg på tenkinga til Martin Heidegger (1962, 1982) og Maurice Merleau Ponty, som fokuserer på menneskets oppleving av helse og sjukdom (sitert i Konsmo, 1998, s. 27). Dei hevdar at mennesket lever i ei verd og føreheld seg til denne verda på ein meningsfull måte, dei seier vidare at mennesket er eit sjølvfortolkande individ som skapast, og skapar seg sjølv i forhold til konteksten han finn seg i igjennom livet.

2.6.1 Syn på mennesket

Benner og Wrubel teoriar (sitert i Konsmo, 1998, s. 52) viser til fire sentrale karakteristika som er med på å definere kva eit menneske er: kroppslig intelligens, bakgrunnsforståing, spesielle anliggende og at det alltid er plassert i ein form for situasjon/kontekst.

I beskrivelse av kroppslig intelligens, viser Benner og Wrubel til at ein ikkje kan skilja kropp og sinn. I fortsettinga hevder dei at mennesket får kunnskap via sin kropp, der sansar og følelsar er ein form for kunnskap som individet er skapt med, og som heile tida utviklar seg. Med bakgrunnsforståing meiner Benner og Wrubel at mennesket er oppdradd i ein kultur som inneheld ulike meningar, som igjen har ein avgjerande påverking på korleis mennesket ser på verden. Benner og Wrubel belyser ”spesielle anliggende” som ei vesentleg side av det å vere menneske, det kan forklarast med at menneske til ei kvar tid er knytta til noko og er oppteken av det. Som siste karakteristika hevder Benner og Wrubeli sine teoriar at menneske alltid er i ein situasjon/ kontekst (Benner og Wrubel, sitert i Konsmo, 1998, s.52-70).

2.6.2 Syn stress og meistring

Benner og Wrubels (sitert i Konsmo, 1998, s.79) teoriar om stress og meistring bygger på Lazarus og Folkmanns sjukepleiarteoriar (1984). Benner og Wrubel definerar stress som eit samanbrot i det som for et individ oppfattast som meningsfullt, det ein forstår og eins vanlege regelmessige fungering. Noko som igjen fører til at ein opplever smerte, tap og utfordringar. Det hevdes at stress er faktorar som verkar inn på menneskets gamle sjølvforståing slik at den ikkje

lenger held mål, og ein ikkje veit korleis ein skal meistre situasjonen vidare, sjukdom kan sjåast på som en slik stressfaktor (Benner og Wrubel, sitert i Konsmo, 1998, s.79).

Meistring blir beskrive av Benner og Wrubel (sitert i Konsmo, 1998, s. 84) som det man gjør med stresset. Dei definerer meistring som den mekanismen mennesket bruker når noko meiningsfullt blir røska bort frå dei og eins vanlige fungering bryt saman. Målet med meistring blir beskrive som det å finne mening igjen.

2.6.3 Syn på sjukepleie

Benner og Wrubel (sitert i Konsmo, 1998, s.84) hevdar at sjukepleie er noko som rettast mot personar som opplever stress ved helsesvikt, tap eller sjukdom. Dei seier vidare at sjukepleia må ta utgangspunkt i pasienten si egen oppleving av sjukdom, helsesvikt og tap i utøving av sjukepleia. I sine teoriar tar dei avstand frå folk som står utanfor situasjonen og vurderer pasientens meistring. Ved å sjå det i et slikt perspektiv overser man vedkommandes oppfatting av situasjonen, og da mogeligheit til å forstå kva som førgår hos pasienten, og avskjer mogelegheita til å hjelpe. Dei hevdar at viss ein ønskjer å hjelpe må ein alltid forstå korleis pasienten opplever sin egen historie og sin situasjon i nåtida, i tillegg til å forstå kva muligheter han sjølv opplever at han har (Benner og Wrubel, sitert i Konsmo, 1998, s.85).

Benner og Wrubel (sitert i Konsmo, 1998, s. 85) tar opp viktigheta av at sjukepleier ikkje tak ei ekspert rolle i relasjon med pasientar som er på søken etter meistring. Dei seier at når sjukepleier har eit slikt perspektiv overser ein hans oppfatning av situasjonen, og ein kan oversjå kva som er viktig for han i meistringsprosessen. Benner og Wrubel hevdar at sjukepleiarane som vurderer pasienten på denne måten avskjer sin egen muligheit til å forstå kva som føregår hos pasienten, og vidare muligheit til å hjelpe. Teoriane påpeikar at viss ein ønskjer å hjelpe må en alltid forstå korleis pasienten opplever sin egen historie og sin situasjon i nåtida, i tillegg til å forstå kva muligheter han sjølv opplever at han har (Benner og Wrubel, sitert i Konsmo, 1998, 85).

I følgje Benner og Wrubels (sitert i Konsmo, 1998, s. 85) tenking er det først når ein har skaffa innsikt at man kanskje kan hjelpe pasienten til å skape fleire muligheter gjennom å tolke, vegleie og trene han opp til nye ferdigheitar, gjennom å gje omsorg. For det er omsorg som sett sjukepleier i stand til å kunne hjelpe, ved at det er først gjennom omsorg at ein kan identifisere

behov og kva tiltak som viser seg som verksamme. Benner og Wrubel hevdar i teoriane at fordi omsorg alltid kan sjåast på som spesiell og rasjonell viser dei ikkje til noko liste over korleis ein bør meistre ulike forhold, og ein tilbyr heller ikkje noko faste verkemidlar som løysing på alt stress. I staden legg dei vekt på dei muligheter som finns i involvering og omsorg (Benner og Wrubel, sitert i Konsmo, 1998, s. 99).

I fjølge Benner og Wrubels (sitert i Konsmo, 1998, s. 98) tenking er det overordna målet for sjukepleiaren å styrke den andre til å bli det som han eller ho ynskjer å være. Dei hevdar at skal ein kunne oppnå dette må pasienten oppleve sjukepleiaren som omsorgsfull. Utfordringa som sjukepleiaren står ovanfor i møte med pasienten som opplever stress er å tolke kva som er viktig for han, å hjelpe han og ivareta det så langt det lar seg gjere.

3.0 METODE

Tranøy (sitert i Dalland, 2007, s.81) definerer omgrepet metode som ein framgangsmåte ein bruker til å frambringe kunnskap eller etterprøve påstandar der det er krav om at dei skal være sanne, gyldige eller haldbare. Det hevdast vidare at Metoden gjer oss vegleing til korleis ein bør gå fram for å framhente eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2007). Innanfor samfunnsvitskapen er det vanlig å skilje mellom kvantitative og kvalitative metodar (Dalland, 2007). Malterud (2003) hevdar at kvalitative metodar best egner seg for studium som skal beskrive og analysere karaktertrekk, eigenskapar eller kvalitetar. Mens kvantitative metodar blir beskrive som metodar som byggjer på numeriske data som tallmaterialar (Malterud, 2003).

3.1 Litteratur studie

Denne oppgåva er ei litteratur studie. Ei litteraturstudie blir av Forsberg og Wengstrøm (2008) beskrevet som ein litteratur gjennomgang eller ein forskingsoversikt. Det seiast vidare at denne typen studie tar sikte på å vurdere og analysere utvalte studiar. Olsson og Sörensen (2003) seier at i ei slik studie skal litteraturen være informasjonskjelde, og at det er føretrekt at litteraturen er henta frå relevante vitskapelege artiklar eller andre relevante vitskapelege rapporter.

3.2 Litteratur søkeprosessen

3.2.1 Ethiske aspekt

Forskingsetikk blir av Ringdal (2007) beskrevet som dei grunnleggande moralnormene for vitenskapeleg praksis. Då ein skriv ei oppgåve og gjer eit utval av litteratur føreligg det derfor etiske aspekt ein må ta i betraktning. Forsberg og Wengstrøm (2008) seier at da ein gjer ei litteraturstudie bør ein ta etiske over vegingar i forhold til utval og presentasjon av resultat. Herunder nemnas det at artiklane som blir valt ut bør ha gjennomgått ei etisk vurdering frå etisk komité eller liknande organ som har gjort ein etisk bedømming av studien. Halvorsen (2002)

belyser sannheitskriteriet i sin litteratur om vitenskapelege etiske prinsipp, der stilles det krav til at påstandar og konklusjonar som forskarar drar skal ha dokumentert belegg i kjelder, og ein skal kunne følgje referansar tilbake for å etterprøve slutningane om ønskelig. Vidare belyser Halvorsen (2002) kravet til fullstendighet, der det stilles krav om at forskaren skal inkludere all relevant litteratur og forskning. Ringdal (2007) seier at plagiat som fusk og uredlighet i forskning er å tilegne seg andres resultat som sine egne, da ein ikkje har tilstrekkelig kjeldehenvising i forskingslitteraturen.

Då eg arbeida med denne oppgåva har eg tatt desse overnemnte etiske aspekta i betraktning i mi studie.

3.2.2 Innhenting av data

Hensikta med min litteraturgjennomgang var å søke igjennom litteraturen for og finne allereie føreliggjande forskning for å få svar på kva sjukepleiarfunksjon som kan bidra til meistring av sjukdomen hos Morbus Crohn pasienten.

Då eg velde ut litteratur til teoridelen min hadde eg som mål at eg skulle gje eit bilde av Morbus Crohn pasienten samt sentrale aspekt ved kronisk sjukdom, meistring og sjukepleie. Som grunnlag for teoridelen i oppgåva har eg brukt forskjellige kjelder, både bøker og forskingsartiklar. For å finne fram til bakgrunns litteraturen om emna som eg har presentert i teoridelen, gjorde eg søk i Bibsys søkebase, der eg brukte relevante søkeord som *Crohn*, *IBD*, *Sjukepleie*, *Meistring og kronisk sjukdom* for å finna bøker og artiklar om emnet. I tillegg har eg dradd inn nokre forskingsartiklar for å gje ein ytterlegare beskriving på områder som det ikkje fans tilgjengelig litteratur på i bokform, dette i forhold til litteratur om Morbus Crohn pasienten. Desse artiklane er søkt opp igjennom *Proquest artikkelbase* der eg brukte søkeorda *Crohn and ibd*. Eg har og nytta meg av litteratur utgitt av landsforeininga mot fordøyelses sjukdommar. Alle kjeldene eg har valt å bruke er trykt innan dei siste ti åra, med unntak av 2 kjelder, som eg likevel har valt å ta med pga. at dei innehaldt eit sær relevant tema for mi studie. Dei momenta eg har dradd ut i frå denne litteraturen viser seg å bli mykje brukt i nyare litteratur og blir ofte definert som *Klassikarar*, eg vurderer derfor også denne litteraturen som haldbar. Kjeldene som er eldre enn ti år er Benner og Wrubels(1984) sjukepleieteoriar henta frå Konsmo (1998) si presentasjon av deira sjukepleieteoriar, som gjer ei oversikteleg presentasjon av deira teoriar. Den andre kjelda

som er eldre enn ti år er Lazarus og Folkmanns (1984) stress og meistrings teoriar, som eg har henta frå Renolen (2008) sin litteratur om stress og meistring.

3.2.3 Kjeldekritikk og Kvalitets kriterium

Dalland (2007) seier at kjeldekritikk er metodar som kan brukast for å bekrefte at ei kjelde er sann. Det seies vidare at det da stillast krav til at ein vurderer og karakteriserer dei kjeldene ein tenkjer å bruke.

Kvalitetskriteria eg har lagt vekt på då eg skal velje ut forskingslitteratur er at studien må innehalde relevans for mi problemstilling, innehalde informantar som går inn under mi fokusgruppe, studien må halde mål i forhold til metodiske retningslinjer, må vere trykt i et anerkjent vitenskapeleg tidskrift, samt at den må vere publisert innanfor mi gitte tidsperiode og den må ivareta etiske aspekt i studia. Desse kriteria har eg og brukt som inkludering og ekskluderings kriterium i min litteraturgjennomgang. Ut frå desse kriteria har eg valt ut forskning til mi oppgåve, og meiner at eg har valt ut eit rettferdig utval av artiklar som kan brukast til å drøfte mi problemstilling og kan leggjast til grunn for ei rettferdig slutning.

3.2.4 Artikkel søk

I mitt litteratur søk brukte eg helserelevante databasar til å søke etter forskning på området. Eg brukte søkemonitorane Proquest, Pubmed, Svemed og Medline. Eksemplar på søkeord eg brukte er *Crohns and disease, nursing and coping, IBD and Managing* i forskjellige kombinasjonar for å finne fram til relevant forskning. IBD står for *Inflammatory Bowel Disease* som er en felles betegnning på inflammatoriske tarmlidingar, og ei sjukdomsgruppe som Morbus Crohn går innunder, eg har derfor brukt også dette som søkeord.

4.0 RESULTAT

4.1 Presentasjon av artiklar

Då eg brukte søkebasen Pubmed og søkte på *Crohn* and *Cope* fekk eg fram 25 treff, der eg valde og inkludere to artiklar:

- Fletcher P. C., Schneider M. A., Ravenswaay V. V. & Leon Z. (2008)

Tittel: I Am Doing the Best That I Can! Living With Inflammatory Bowel Disease and/or Irritable Bowel Syndrome (Part II)

Studia er ei kvalitativ studie som er basert på intervju med 8 kvinnelege informantar som var diagnostisert med inflammatorisk tarmsjukdom/ syndrom. Studia som hadde som hensikt å kartlegge korleis kvinner opplevde å leve med sjukdommen, med fokus på strategiar for meistring. Studia belyser eit spekter av strategiar som blei brukt for meistring.

- Lynch T. & Spence D.(2007)

Tittel: A Qualitative Study of Youth Living With Crohn Disease.

Studia er ei kvalitativ studie. Studia er basert på intervju med 4 informantar med diagnosen Morbus Crohn. Studias hensikt var å kartlegge unge menneske si oppleving av livet med sjukdommen. Studia visar at stress og påkjenningar er integrerte faktorar i livet med Morbus Crohn, og gjer innsikt i kva som hjelper og kva som hindrar dei unges meistring av sjukdommen.

Då eg brukte søkebasen Pubmed og søkte på *ibd* and *coping* fekk eg fram 84 treff, der eg valde og inkludere ein artikkel:

- Dorrian A., Dempster M. & Adair P. (2009)

Tittel: Adjustment to Inflammatory Bowel Disease: The Relative Influence of Illness Perceptions and Coping

Studia er ei kvalitativ studie som baserte seg på intervju av 80 informantar som var diagnostisert med kronisk inflammatorisk tarmsjukdom. Studia tar sikte på å undersøke personars

sjukdomsoppfatningar og meistringstrategiar for å forklare pasientens justering til Kronisk inflammatorisk tarmsjukdom. Resultata visar viktigheita av å ta pasientens sjukdomsoppfatning i betraktning i sjukepleia.

Då eg brukte søkebasen Pubmed og søkte på *ibd* and *nurse* fekk eg fram 53 treff, der eg valde og inkludere ein artikkel:

- Belling R., Woods L. & McLaren S.(2008)

Tittel: Stakeholders perceptions of sepesialist IBD- nurse role and personal attribute

Denne studia er ei kvalitativ studie som er basert på 131 informantar som deltok i ei beskrivande spørreundersøking. Studia tar sikte på å karakterisere kva som skil ut ein spesialsjukepleiar innanfor feltet inflammatoriske tarmsjukdomar i frå pasientens perspektiv. Studia belys eit spekter av sjukepleiar adferder og funksjonar som skil ut den gode og hjelpande sjukepleiaren.

Då eg brukte søkebasen Medline og søkte på *inflammatory bowel disease* and *young* fekk eg fram 15 treff, der eg valde og inkludere ein artikkel:

- Daniel D. M. (2001)

Tittel: Young Adults' Perceptions of Living With Chronic Inflammatory Bowel Disease.

Studia er ei kvalitativ studie som er basert på intervju med 5 ungdommar som er diagnostisert med kronisk inflammatorisk tarmsjukdom. Studia hadde som hensikt å utvide og berike den empiriske forståinga for unge vaksne sitt perspektiv på det å leve med sjukdommen. Resultata visar at sjukdommen gjer store utfordringar i livet til pasienten, og at helsepersonell kan bidra til meistring av desse utfordringane.

Då eg brukte søkebasen Medline og søkte på *inflammatory bowel disease* and *exploring* fekk eg fram 22 treff, der eg valde og inkludere ein artikkel:

- Schneider M. A. & Fletcher P. C. (2008)

Tittel: Research Paper: 'I feel as if my IBS is keeping me hostage!' Exploring the negative impact of irritable bowel syndrome (IBS) and inflammatory bowel disease (IBD) upon university-aged women.

Dette er ei kvalitativ studie som er basert på intervju med 7 kvinner som er diagnostisert med irritabel tarmsyndrom (IBS) og / eller inflammatorisk tarmsjukdom (IBD). Studia har som hensikt å beskrive de negative effektane som diagnosen kan ha på pasienten. Funna tyder på at sjukdomsutbrot utløyser så ein negativ reaksjon på deira emosjonelle og fysiske velvære, og vidare påverkar deira livskvalitet. Det vises at helsepersonell kan spela ei viktig rolle i å minimere påverkinga som diagnosen skapar.

5.0 DRØFTING

Ein kan seie at meistring blir eit sentralt aspekt i livet til pasientar som opplever å bli diagnostisert med sjukdommen Morbus Crohn. Som belyst i teori (jf. 2.1) skapar sjukdommen endringar i kvardagen til pasienten, som vidare gjer utfordringar for pasienten og stiller krav til meistring. Det eg har observert i kontakt med denne pasientgruppa i praksis er at dei viser store behov for kontakt med nokon som har kunnskap om og erfaring med denne sjukdommen. Schneider og Fletcher (2007) sin studie viser at helsepersonell kan spele ei sentral rolle i å hjelpe pasientane med Morbus Crohn til få kontroll over sin tilstand og meistre kvardagen med sjukdommen. Noko som vidare kan ha stor betydning for pasienten sin oppleving av livskvaliteten. Mi problemstilling var korleis sjukepleiarar kan bidra til meistring hos Morbus Crohn pasientar. Forskingslitteraturen viste meir til kva sjukepleiar åtferd som kunne bidra til meistring snarare enn konkrete tiltak. I denne drøftinga vil eg presentera dei mest sentrale funna og fellesnemnarane som eg har funne i forskingslitteraturen på området.

5. 1 Informasjon, Kunnskap og Meistring.

I kontakt med denne pasientgruppa har eg observert at pasientane har eit stort behov for informasjon og kunnskapar om sjukdommen. Pasienten er på søken etter å kartlegge sin eigen situasjon og si framtid. Dette treng dei ofte hjelp til og dei visar forventningar og tillit til at sjukepleiarar på avdelinga skal kunne bidra med dette. Både mine egne erfaringar og teoriar (jf. 2.2) viser at sjukdommen Morbus Crohn kan berøre kvardagen til den ramma pasienten i stor grad. Pasientens vante forståing av og kunnskapar om livet kan bli for liten til å forstå korleis ein skal kunne leve vidare med sjukdommen. Behov for kunnskap og informasjon om tilstanden blir da viktig. Den kan skape ny forståing og betre meistring av situasjonen. Benner og Wrubels (jf. 2.6.2) hevdar i sine teoriar at menneska treng å gjenoppnå ny forståing i livet, for å kunne gjenopprette orden og meistre kvardagen.

Etter gjennomgangen av forskingslitteraturen viser det seg at pasientane ser på det å få informasjon frå helsepersonell og ei mogelegheit til å tilegne seg kunnskapar om sjukdommen,

som sentralt for at dei skal komme seg vidare frå den stresstilstanden dei opplever ved sjukdomens nærver. Dette visar seg viktig for å vidare kunne meistre sjukdommen. Sjukepleiaren blir sett på som ein sentral aktør i denne kunnskaps formidlinga. Daniel (2001) si studie visar at pasientar med Morbus Crohn har eit stort behov for informasjon og kunnskap. Vidare blir helsepersonell si rolle skildra som ein aktør til å bidra med informasjon, kunnskap og gi pasienten innsikt i tema rundt sjukdommen dei er ramma av. Fletcher, Schneider, Ravensway og Leon (2008) underbygger også dette da dei i si studie hevdar at pasientar med Morbus Crohn oppfattar informasjon og undervisning frå helsepersonell som nyttig for å kunne meistre, særleg visar dette seg som viktig under og etter diagnostiseringa. Belling, Woods og McLaren (2008) er einig med dette og seier at ein av dei viktigaste funksjonane til sjukepleiarar er at han sitt med spesialkunnskap og råd som kan hjelpe, og at han har evne til og formidle dette til pasienten. Dorrian, Dempster og Adair (2009) belyser i si studie at det at helsepersonell fremmer klar og relevant informasjon om sjukdommen til pasientar med inflammatorisk tarmsjukdom er ein viktig faktor for at pasienten ikkje skal oppleve stress relatert til sjukdommen.

Ut frå desse funna i forskingslitteraturen vil eg seie at da sjukepleiaren formidlar kunnskap og informasjon om Morbus Crohn sjukdomens ulike sider, kan bidra til at pasienten meistrar den kroniske sjukdommen betre. Dette er noko eg og har observert i praksis, pasientar som blir diagnostiserte med sjukdommen kan virke desorienterte i livet da dei står ovanfor ein ukjent situasjon. Dei visar seg som veldig søkande etter å kunne orientere seg på nytt. Det visar seg og at mangel på kunnskapar på området er ein sentral faktor for usikkerheit i situasjonen, og er eit hinder for forståing og orientering. Dette er noko som også blir belyst i teorien (jf. 2.3.1), der det seies at eit sentralt problemområde i situasjonen til Morbus Crohn pasienten kan vere at pasienten sitt med mangelfull informasjon om sin situasjon. Hopen og Vifladt (2005) nemnar mangel på kunnskap og informasjon som ei sentral kjelde til usikkerheit, ein faktor som igjen blir beskrive som hinder for meistring hos pasienten. Daniel (2001) hevder på bakgrunn av si studie at mangel på informasjon frå helsepersonell er eit stort hinder for å utvikle god helse hos Morbus Crohn pasienten. Ein kan derfor hevde at det er av betydning at sjukepleiar gjer Morbus Crohn pasienten tilstrekkeleg kunnskap og informasjon for at han skal kunne vere rusta til å meistre dei utfordringane som visar seg. Studia til Dorrian et al. (2009) viser at pasientar med Morbus Crohn som hadde god forståing og innsikt i sin tilstand var betre rusta mot og oppleve stressfølelse i forhold til sjukdommen sin.

Ein kan vidare hevde at det er viktig for pasienten at den informasjonen som han mottar må formidlast ut frå individuelle behov. Informasjon og kunnskapar må formidlast med utgangspunkt i pasienten sin situasjon og sine behov. Brataas (2003) påpeiker at det å kunne formidle informasjonen på ein funksjonell måte er eit viktig kompetanseaspekt for helsepersonell. Vidare hevdar ho at tilpassa og god informering og kunnskapsformidling frå helsepersonellet er ein føresetnad for at pasienten skal kunne danne seg ei god kunnskapsplattform i søken på og forstå sin situasjon. Forskingslitteraturen viser til at pasientane som lever med Morbus Crohn har behov for at helsepersonalet har innsikt i deira situasjon og at dei kan formidle dei kunnskap ut i frå sitt behov og sin situasjon. Daniel (2001) påpeikar dette i si studie, da ho hevdar at pasientane har behov for tilpassa informasjon. Schneider og Fletcher (2007) støttar dette i si studie da dei seier at helsepersonell som gir den individuelle informasjonen og kunnskapen som Morbus Crohn pasienten trenger, kan vere med på å auke den kompetansen pasienten trenger for å meistre sin egen situasjon.

Ein kan seie at det er fleire måtar å ivareta den individuelle sjukepleia pasienten treng når det gjeld informasjon og kunnskaps tilegning. Det som kan vise seg sentralt i denne samanheng er at ein skaffar seg innsikt i pasienten sin situasjon for og kunne kartlegge kva behov han har for informasjon og kunnskapar. Daniel (2001) si studie belyser nettopp dette, dei seier at pasientar med Morbus Crohn opplever det som essensielt at sjukepleier har forståing for deira byrder og for kva dei går igjennom for å kunne bidra til meistring.

Heggdal (jf. 2.5) tar opp temaet om kunnskapens betydning hos pasientar som opplever kronisk sjukdom, i sine teoriar om kroppskunnskaping som ein vei til meistring av kronisk sjukdom. Sjukepleiarar blir beskrive som ei kjelde til kunnskap som står på sida av pasienten og bidreg med nødvendig informasjon og kunnskapar, som ein følgjesvenn og vegleiar, der pasienten sjølv er forskar i sin eigen kroppslege kunnskap på søken etter ny meistring. Dette perspektivet underbygger teoriane om nødvendigheita av at sjukepleiarar har innsikt i situasjonen til pasienten. Informasjonen og kunnskapen blir her formidla ut i frå pasienten sine følelsar og behov. Benner og Wrubels sjukepleie teori (jf. 2.6.3) belyser også det at sjukepleiaren har innsikt i situasjonen som avgjerande for at det skal kunna utøvast sjukepleie, dei hevdar at når sjukepleiaren har manglande innsikt avskjer han seg frå moglegheita til å hjelpe. Dei seier vidare at det er avgjerande at sjukepleiaren alltid tar utgangspunkt i pasienten si individuelle oppleving av situasjonen når det skal utøvast sjukepleie.

Det er fleire måtar sjukepleiaren kan få innsikt i pasientens situasjon på slik at pasienten kan få informasjon og kunnskap ut frå sine behov. Det å stille seg i ein vegleiar og rådgjevarposisjon i samhandling med pasienten er ein måte og ivareta dette. Sjukepleiaren bruker kunnskapen sin til å guide pasienten i sin situasjon da han legg vekt på pasientens individuelle situasjon, i staden for og ta ei utanforståande ekspertrolle. Vifladt og Hopen (2004) beskriver vegleiarings mål som det at mottakaren skal få støtte og bistand nok til å ta sjølvstendige val, og få kraft til og meistre eigen situasjon. Ved at sjukepleiaren tek ein slik posisjon ivaretar han og pasientens mogelighet til å spele ei aktiv rolle i sin meistringsprosess. Desse aspekta er noko som og forskingslitteraturen belyser. Schneider og Fletcher (2007) hevdar i sin forskning at pasientens meistring av tilstanden kun kan seiast å vere mulig når pasienten tar aktiv del i si eiga meistring. Eit viktig moment er at pasienten er aktiv i sin meistring av tilstanden og at helsepersonell har ei assisterande rolle ved å gje dei forståing for sin tilstand, og ved og spe på med kunnskapar om sjukdommen. Belling et al. (2008) si studie belyser også viktigheita av sjukepleiars vegleiarande funksjon i relasjon med pasientar med inflammatorisk tarmsjukdom, da dei beskriver ein av dei mest sentrale rollene til sjukepleiar som det at ho er rådgjevande i situasjonen som pasienten opplever.

Benner og Wrubels (jf. 2.6.3), tenking støtter dette, dei hevder at det er galt av sjukepleiaren og ta ei overordna utanforståande rolle. Sjukepleiaren bør stille seg på pasienten sitt nivå som vegleiar, der han kan skaffe seg innsikt i pasienten sin situasjon. Denne vegleiarande rollen støtter også Heggdals teoriar (jf. 2.5), da denne typen interaksjon gjer rom for at pasienten får føle på kroppen sjølv og utforske sin nye kvardag og individuelt føle på kva som er viktig og ivareta og bygge vidare på for at han skal kunne meistre livet vidare. Ein kan derfor seie at å ta ein vegleiarande rolle i interaksjon med pasienten kan bidra til meistring da informasjonen og kunnskapen som sjukepleiar gjer i frå seg blir gitt på individuell basis i den situasjonen som pasienten finn seg i.

4.2 Å lytte og ha tillit

Som belyst tidlegare i teorien (jf. 2.2) inneberer det å få diagnosen Morbus Crohn at kvardagen til den ramma endrar seg. Pasienten står ovanfor noko ukjent som rører ved forståinga ein har til tilvære, noko som også rører ved den følelsmessige sida av mennesket. Schneider og Fletcher (2007) påpeikar dette i si studie da dei hevdar at sjukdommen får store konsekvensar for den

emosjonelle og psykiske sider av menneske. Dei hevdar vidare at det er mange vanskelige følelsar som oppstår i livet med sjukdommen, og at sjukepleiar kan spele ei avgjerande rolle også her med å bidra til meistring.

Det at pasientane opplever følelsesmessige reaksjonar i forhold til sjukdommen og har behov for å bli lytta til er noko eg og har erfart i relasjon med denne pasientgruppa i praksis. Mange av pasientane viser seg svært sårbare og sitt inne med mange vanskelige følelsar, tankar og spørsmål i forhold til sin tilstand, og har behov for og bli sett og få belyst dette. Dei visar seg søkandes etter nokon som kan sjå dei og hjelpe dei med desse tankane.

Vifladt og Hopen (2004) beskriv lytting som det at ein er tilstede i situasjon med andre og det at ein er oppmerksam på den andre ein snakkar med og det den seier. Dei hevdar vidare at det handlar om og ta til seg følelsar frå den andre parten og ta dette i betraktning som ei nyttig informasjonskjelde, og at det er ein metode for å trekke ut informasjon og tilegne seg kunnskap frå den andre parten på. Det at pasientane har behov for å bli lytta til og få belyst sin situasjon er noko som og visar seg i forskings litteraturen, der sjukepleiar blir sett på som ein sentral aktør i denne samanheng. Belling, et al. (2008) hevdar at sjukepleiarar som har evne til å lytte, har tid til og lytte og lar pasienten snakke åpent om det som plagar han, hjelper pasientar med Inflammatorisk tarmsjukdom og meistre. Schneider og Fletcher (2007) hevder i sine studium at pasientar som deler dei vanskelige tankane sine med helsepersonell har lettare for og meistre dei. Daniel (2001) påpeiker også viktigheita av at pasientane blir lytta til både i forhold til og få utløp for sine følelsar og i forhold til og få belyst sine ulike behov.

Det at sjukepleiar lyttar til pasientane kan derfor ha fleire funksjonar, der pasienten gjennom å bli lytta til får utløp for sine følelsar, samtidig som dei får belyst sine behov. Det å lytte kan og sjåast på som grunnleggande for at sjukepleiar skal kunne hjelpe i fleire samanhenger, da det kan sjåast på som ein av dei viktigaste vegane til innsikt i pasientens verden, samt det å kunne lette pasientens byrder ved at han får utløp for sine følelsar.

Benner og Wrubel (jf. 2.6.3) belyser også dette i sine teoriar da dei påpeikar viktigheta av at sjukepleiar har innsikt i situasjonen for og kunne hjelpe, for å kunne gje den individuelle sjukepleia pasienten trengjer. Ein kan seie at det å lytte er ein vesentleg kanal for sjukepleiar til og skaffe seg denne kunnskapen. Eit aspekt som Heggdal (jf. 2.5) og støtter i sine teoriar, der ho påpeiker viktigheita av at sjukepleiaren lyttar til pasienten og får innsikt i hans behov da det skal gjevast sjukepleie.

Det vises her at det å lytte i seg sjølv kan bidra til meistring hos pasienten ved at det kan få utløp for dei vanskelege tankane, ved at han får delt dei med nokon. På ei anna side kan det brukast som eit verktøy for sjukepleiaren for og få innsikt i pasienten sin situasjon, og dermed kan identifisere hans behov for ulik sjukepleie på vegen til meistringa av sin situasjon.

Eit anna aspekt som kan sjåast på som vesentleg i relasjonen mellom sjukepleiar og pasienten er at sjukepleiar har tillit til pasienten. Dette er noko som eg og har sett betydinga av i praksis da mistillit til pasientane kan visa seg som eit hinder for at pasienten skal kunne takle situasjonen han finn seg i. Nilsen (2006) hevder at tillit er at ein trur på ein annan person, at ein trur på at den andre snakkar sant. Forskings litteraturen viser at pasienten har behov for å bli trudd, og at helsepersonell skal sjå sanninga i den han seier. Belling, et al.(2008) si forskning viser at pasientar med Inflammatorisk Tarmsjukdom ser på sjukepleiar som hjelpsom da han viser tillitt til dei. Daniel (2001) si studie visar at pasientane ser på det å bli trudd som vesentleg for at dei skal kunne nå sitt mål. For å kunne gje tilpassa sjukepleie ut i frå pasientens situasjon kan ein seie at det er grunnleggande at sjukepleiaren ser sanninga i det pasienten seier for at ho skal kunne forstå korleis pasienten opplever det. Viss ein pasient opplever og ikkje bli trudd og tatt på alvor når dei snakkar med ein sjukepleier om sitt problem, kan det i verste fall ikkje bli tatt i betraktning hos sjukepleiaren når han skal forsøke å hjelpe denne pasienten. Noko som vidare kan føra til at pasienten ikkje kjem seg vidare mot meistring av problemet. Ei anna side av dette aspektet er at når pasienten opplever mistillit kan det forårsake negative innverknadar på den vidare samhandlinga med sjukepleiar. Nilsen (2006) hevder at i situasjonar der det eksisterer mistillit til det pasienten seier kan få konsekvensar for korleis pasienten vidare taklar situasjonen, samt virke skadeleg på forholdet til helsepersonell vidare.

Ein kan derfor seie at tillit til pasienten kan sjåast på som ein indirekte faktor som bidrar til at pasienten skal kunne meistre sitt problem. Ein kan tolke det slik at både Benner og Wrubel (jf, 2.6) og Heggdal (jf. 2.5) sine teoriar har ein undertone som seier at sjukepleier må sjå sanninga i pasienten sine utsegn for å kunne hjelpe. Dette kan ein seie på bakgrunn av deira menneskesyn, der det blir lagt vekt på at det er individet sjølv som tolkar kva ein opplever som problemområde i sin situasjon, og vidare kva behov dei har. Den einaste kanalen til å få innsikt i dette kan seies og vere den informasjonen pasienten sjølv vel å dele. Ein kan derfor seie at det er grunnleggande for sjukepleiar å sjå sanninga i det som pasienten seier for å kunne sjå problemet og hjelpe han til

vidare meistring.

5.3 Å vere ei støtte

Ein kan seie at denne pasientgruppa har behov for mykje støtte i sin situasjon, dette er noko eg og har observert i kontakt med denne pasientgruppa. I diagnostiseringsfasen kan pasienten vise seg meget sårbar, og kan ha behov for stadfesting i dei val ein tar og visar seg på søken etter ei støtte frå helsepersonell som har erfaring på område for å få denne stadfestinga.

Hummelvoll (2004) beskriv støtte som det at pasienten føler at sjukepleiaren er på hans side og at han vil hjelpe, det påpeikast vidare viktigheita av at sjukepleiaren må vise varme, aksept og omsorg. I gjennomgang av forskingslitteraturen kom det fram i fleire studiar at pasientar med Morbus Crohn opplevde det at sjukepleiaren var støttande som nyttig i forhold til si meistring av sjukdommen. Daniel (2001) si stuide hevdar at pasientar med inflammatorisk tarmsjukdom opplever støttande og tryggande adferd frå sjukepleiar i situasjonar som er vanskelig som hjelpsam. Dette er noko som også kom fram i artikkelen til Fletcher, et al. (2008). Dei hevdar at støtta er ein av dei mest avgjerande faktorane som påverkar pasientens mogeligheit for å meistre. Det påpeikast vidare i studia at sjukepleiaren sit i ein sentral situasjon der han har moglegheita til å gje den støtta pasienten treng for å kunne meistre. Lynch og Spence (2008) underbygger også denne teorien gjennom si studie som visar at støtta pasientane med inflammatorisk tarmsjukdom mottok frå helsepersonell kunne føra til ei mykje meir effektiv meistring hos pasienten.

Meir konkrete tiltak rundt kva som oppleves som støttande presiserar ikkje den inkluderte forskingslitteraturen i mi studie. Men på bakgrunn av det som Hummelvoll beskriv (jf. 5.3) og det eg har erfart i praksis med denne pasientgruppa vil eg seie at sjukepleiarens tilstedeverelse, tilgjengelighet og funksjon som kjelde til kunnskapar og trøst i vanskelige situasjonar kan sjåast på som ei slik støtte som bidrar til meistring.

Sjukepleiarens støttande funksjon er noko som Heggdal jf. 2.5, også belyser som sentralt i pasientens meistringsprosess da ho seier at det er ei sentral sjukepleiaroppgåve å støtte opp under pasientens positive åtferd og ressursar som kan fremme meistring. Benner og Wrubel jf. 2.6.3 tar også opp støtte som ein sentral sjukepleiarfunksjon, da dei seier at sjukepleie er at ein styrker pasienten til det han vil vere, noko som ein kan sjå på som det at dei støtter og underbygger pasienten i dei val han tar. Ein kan derfor seie at det at sjukepleiaren støttar pasienten på ulike

områder er ein faktor i sjukepleie utøvinga som kan bidra til meistring hos pasienten.

6.0 Avslutning

Etter ei gjennomgang i forskingslitteraturen som føreligg på emne om Morbus Crohn pasienten visar det seg ei samling av sjukepleiefokus som kan bidra til pasientens meistring.

På bakgrunn av dei funn som visar seg i forskingslitteraturen kan ein seie at sentrale sjukepleier fokus når ein skal bidra til pasientars meistring av Morbus Crohn kan seies å vere informering og kunnskapsformidling til pasienten, da det viser et behov for informasjon og kunnskap frå pasientanes side i ein meistrings fase. I tillegg visar det seg at det at sjukepleiaren lyttar, støttar, har tillit til pasienten og er sensitiv for pasientens behov i sin situasjon har positiv betydning for pasientens meistring.

7.0 Litteraturliste

Allmås, H., Mordal, K. S., Reiten, L. (2007). *Sykepleie til pasienter med sykdommer i mage-tarm kanalen*. I: H. Allmås (red.): *Klinisk sykepleie, bind 1*. (s. 239-326). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Belling R., Woods L. & McLaren S. (2008). Stakeholder perceptions of specialist inflammatory bowel disease nurse role and personal attribute [Elektronisk versjon]. *International Journal of Nursing Practice*, 14(1,) 67-73.

Brataas H. V. (2004). Å innhente og formidle informasjon og støtte pasienten I: H. V. Brataas & T. Steen- Olsen (red.), *Kvalitet i samspill: innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell* (s.48-57). Kristiansand: Høgskoleforlaget.

Casati J., Toner B. B., De Rooy E. C., Drossmarnn D. A. & Maunder R. G.(2000). Concerns of patients with inflammatory Bowel Disease: A review of Emerging Themes [Elektronisk versjon]. *Digestive Diseases and Sciences*, 45(1), 26-31.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo : Gyldendal Akademisk.

Daniel D. M. (2001). Young Adults' Perceptions of Living With Chronic Inflammatory Bowel Disease [Elektronisk versjon]. *Gastroenterology Nursing*, 25(3), 83-94.

Dorrian A., Dempster M. & Adair P. (2009). Adjustment to Inflammatory Bowel Disease: The Relative Influence of Illness Perceptions and Coping [Elektronisk versjon]. *Inflammatory Bowel Disease*, 15(1), 47-55.

Fletcher P. C., Schneider M. A., Ravenswaay V. V. & Leon Z. (2008). I Am Doing the Best That I Can! Living with Inflammatory Bowel Disease and/or Irritable Bowel Syndrome (Part II) [Elektronisk versjon]. *Clinical Nurse Specialist*, 22(6), 278-85.

Forsberg C. & Wengström Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys*

och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och kultur.

Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (2007). Om kronisk sykdom. I: E. Gjengedal & B. R. Hanestad (red.), *Å leve med kronisk sykdom en varig kursendring* (s. 10-26). Oslo: Cappelens Forlag AS.

Halvorsen K. (2002). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag : en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Hanestand B. R. & Wahl A. K. (2007). Livskvalitet, helse, stress og meistring. I: E. Gjengedal & B. R. Hanestad (red.), *Å leve med kronisk sykdom en varig kursendring* (s. 29-39). Oslo: Cappelens Forlag AS.

Hansen, T. A. & Natvig, G. K.(2007). Livskvalitet, helse, stress og mestring. I: E. Gjengedal & B. R. Hanestad (red.), *Å leve med kronisk sykdom en varig kursendring* (s. 40-59). Oslo: Cappelens Forlag AS.

Heggdal K.(2008). *Kroppskunnskaping : pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Heggen K.(2007). Rammer for meistring. I: T. J. Ekland & K. Heggen (red.), *Meistring og myndiggjering: reform eller retorikk?* (s. 64-82). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hopen L. & Vifladt E. H. (2004). *Helsepedagogikk : samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

Hummelvoll J. K.(2004). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo : Gyldendal akademisk.

Konsmo T. (1998). *En hatt med slør. Om omsorgens betydning for sykepleie- en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Oslo: TANO.

Landsforeningen Mot Fordøyelses sykdommer (2006). *Inflammatoriske tarmsykdommer- Crohn sykdom og Ulcerøs Kolitt* [Brosjyre]. Oslo: 2006.

Lynch T. & Spence D. (2007). A Qualitative Study of Youth Living With Crohn Disease [Elektronisk versjon]. *Gastroenterology Nursing*, 31(3), 224-230.

Malterud K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. Oslo : Universitetsforlaget.

Miller, J. F. (2000). *Coping with chronic illness: overcoming powerlessness*. Philadelphia: F.A. Davis

Moum, B.(2001). Prognose og behandling ved kronisk inflammatorisk tarmsykdom. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 121(3).

Henta den 9.01.10 frå: http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp_SEKS_ID=256420

Nilsen, B. K.(2006). Interaksjonell sykepleiepraxis. I: U. Knutstad & B. K. Nielsen (red.), *Sykepleieboken- teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie, bind 2*.(s. 39-60) Oslo: Akribe

Olsson H. & Sörensen S. (2003). *Forskningsprosessen : kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo : Gyldendal akademisk

Pearson C. (2004). Inflammatory bowel disease [Elektronisk versjon]. *Nursing times*, 100(09), 86-90.

Petrak F., Hardt J., Clement T., Børner N., Egle T. & Hoffman S. O. (2001). Impaired Health-Related Quality of Life in Inflammatory Bowel Diseases: psychosocial impact and Coping styles in a National German sample [Elektronisk versjon]. *Scandinavian Journal of Gastroenterol*, 36(4,) 375-382.

Ringdal K.(2007). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*.
Bergen : Fagbokforlag

Reime, M., H.(2008). *Sykepleie til pasienter med fordøelsessykdommer I*: U. Knutstad.
Sykepleierboken, *bind 3*. (s. 239-326). Oslo: Akribe

Reitan, A. M. (2006). Mestring. I: U. Knutstad & B. K. Nielsen (red.) *Sykepleieboken: teoretisk-
metodisk grunnlag for klinisk sykepleie, bind 2*. (s.155-179). Oslo: Akribe

Renolen Å.(2008). *Forståelse av mennesker- innføring i psykologi for helsefag*. Bergen:
Fagforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Rustøen, T. (2006). *Livskvalitet og velvære*. I: U. Knutstad & B. K. Nielsen (red.),
Sykepleieboken: teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie, bind 2.(s. 129-154). Oslo:
Akribe.

Schneider M. A. & Fletcher P. C. (2008) Research Paper: 'I feel as if my IBS is keeping me
hostage!' Exploring the negative impact of irritable bowel syndrome (IBS) and inflammatory
bowel disease (IBD) upon university-aged women [Elektronisk versjon]. *International Journal of
Nursing Practice, 14*(2), 135-148.

Twedell, D. (2008). Chron's disease and ulcerative colitis [Elektronisk versjon]. *Journal of
Continuing Education in nursing, 39*(4), 151-152.

Zonderman, J. & Vender, R. (2000). *Understanding Crohn disease and ulcerative colitis*.
Jackson: University Press of Mississippi.