



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	25-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Slutt dato:	25-04-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 58

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Hvordan kan sykepleiere bidra til opplevelsen av mestring, hos personer rammet av MS?

Antall ord *: 8170

Engelsk tittel *: How can nurses contribute to the experience of coping, with people affected by MS?

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen** Nei
konfidensiell materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

BACHELOROPPGAVE

Hvordan kan sykepleiere bidra til opplevelsen av mestring, hos personer rammet av MS?

How can nurses contribute to the experience of coping, with people affected by MS?

Kandidatnummer 58

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,

Campus Haugesund

Innlevering 25.04.19 kl 14.00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

”There comes a point when it becomes too much, when we get too tired to fight anymore. So we give up. That`s when the real work begins, to find hope where there seems to be absolutely none at all.”

(Nowalk, Jackson, 2012)

Sammendrag

Tittel: Hvordan kan sykepleiere bidra til opplevelsen av mestring, hos personer rammet av MS?

Bakgrunn for valg av tema: Multippel sklerose er en alvorlig kronisk lidelse, som rammer mer enn 10.500 mennesker i Norge. Sykdommens uforutsigbare forløp kan vanskeliggjøre mestring av livet med sykdommen, og er derfor et viktig område for sykepleiefaglige intervensjoner. Da denne pasientgruppen finnes i mange deler av helsetjenesten, er det av vesentlig behov å øke vår kompetanse omkring temaet.

Hensikt: Formålet med denne oppgaven er å gi en oversikt over tilgjengelig forskning og litteratur som fremkommer på området, og benytte denne kunnskapen for å besvare problemstillingen.

Metode: Retningslinjene forutsetter at det benyttes litteraturstudie som valgt metode i oppgaven.

Funn: Forskning viser at sosial isolasjon og psykososiale lidelser slik som depresjon og angst, er assosiert med økt bruk av ugunstige mestringsstrategier. Og er derfor områder hvor sykepleier kan bidra til økt bruk av gunstige mestringsstrategier.

Oppsummering: Det fremkommer at sykepleie i form av informasjon og veiledning, kan hjelpe personer rammet av MS i retning av gunstige mestringsstrategier. Gjennom vår rolle som støttespiller og motivator, kan sykepleier hjelpe pasientene til å ta i bruk tilgjengelige ressursene, og dermed gjøre dem i stand til å mestre den endrede livssituasjonen.

Nøkkelord: multippel sklerose, mestring, sosial isolasjon, depresjon, sykepleie

Abstract

Title: How can nurses contribute to the experience of coping, with people affected by MS?

Background: Multiple sclerosis is a severe chronic disease, which affects more than 10.500 people in Norway. The unpredictable course of the disease could potentially hamper the coping of the changed life, if nursing interventions are not implemented. Since this patient-group is found in several parts of the healthcare service, it is necessary to increase our knowledge about this topic.

Aim: The purpose of this task is to provide an overview of available research and literature about this theme, and to use this knowledge to answer the issue in focus.

Method: The guidelines indicate literature review as the chosen method in this thesis.

Findings: The research indicates that social isolation and psychological diseases such as depression and anxiety are associated with increased use of maladaptive coping strategies, and are therefore areas where nurses can help the patients increase the use of adaptive coping strategies.

Summary: Nursing by using information and guidance may help people affected by MS towards adaptive coping strategies. Through our role as a supporter and motivator, we may help the patients utilize the available resources, and thus enable them to cope with the challenging situation.

Keywords: multiple sclerosis, coping, social isolation, depression, nursing.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract	4
1. Innledning.....	6
1.1 Valg av tema.....	6
1.2. Hensikt	7
1.3. Problemstilling	7
1.4. Avgrensning	7
1.5 Oppgavens disposisjon	8
2. Teoretiske perspektiver	9
2.1. Multippel sklerose	9
2.2. Sykepleieteoretisk perspektiv	11
2.3. Mestring.....	13
2.4. Sykepleiefunksjon	15
3. Metode.....	17
3.1. Kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode	17
3.2. Litteraturstudie	17
3.3. Fremgangsmåte for søkeprosessen	18
3.4. Forskningsetikk	20
3.5. Metodekritikk	20
3.6. Kildekritikk	21
4. Resultat.....	22
4.1. Artikkel 1.....	22
4.2. Artikkel 2.....	22
4.3. Artikkel 3.....	23
4.4. Artikkel 4.....	24
4.5. Oppsummering av hovedfunn	24
5. Drøfting	25
5.1. Valg av mestringsstrategi	25
5.2. Informasjon og relasjon.....	26
5.3. Psykososiale utfordringer	28
5.4. Ivaretagelse av pasientens sosiale behov.....	31
6. Avslutning	33
Referanseliste	34
Vedlegg	36

1. Innledning

1.1 Valg av tema

I denne bacheloroppgaven har jeg valgt å belyse temaet mestring ved multippel sklerose (MS). Jeg begynte først å interessere meg for dette temaet gjennom min deltidsjobb i hjemmesykepleien. I mitt arbeid har jeg møtt to personer rammet av MS, i ulike stadier av sykdomsforløpet og med ulike behov basert på deres funksjonsnedsettelse. På tross av ulikheter hos de to personene, ble jeg fascinert over hvordan begge syntes å leve et godt liv på tross av den inngripende sykdommen. Jeg ville derfor undersøke hvordan jeg som fremtidig sykepleier kan hjelpe denne pasientgruppen til å leve et godt liv med sykdommen, ved å rette fokus mot mestring.

I Norge lever rundt 10.500 mennesker med diagnosen MS (NHI, 2018). Mange av disse menneskene fungerer svært godt i samfunnet, mens andre i større grad er avhengig av helsehjelp for å kunne leve i overensstemmelse med sin sykdom. Da sykdomssituasjonen er svært variert mellom individene kan en møte denne pasientgruppen på sykehus ved behandling av angrep eller tilrettelegging av behandling, i hjemmesykepleien der de trenger assistanse for å kompensere for sin funksjonssvikt, og i sykehjem ved behov for døgnbaserte helsetjenester. En kan derfor møte denne pasientgruppen i mange ulike deler av helsetjenesten, noe som gjør dette temaet svært aktuelt for sykepleieprofesjonen.

Den forskning som fremkommer på området per i dag, viser nødvendigheten av å øke kompetansen omkring hvordan mestring arter seg hos MS rammede. Denne pasientgruppen lever med en sykdom som gir et svært uforutsigbart løp, noe som kan vanskeliggjøre det å finne mening med livet. I tillegg er pasientgruppen utsatt for en rekke negative helseutfall, som optimal mestring potensielt kan forhindre. Det er likevel tydelig at vi ikke har nok informasjon på området, da svært mange personer rammet av MS opplever unødige tilleggsutfordringer slik som depresjon, angst og sosial isolasjon. Flere oversiktsstudier har oppsummert den tilgjengelige forskningen på området, og viser at det er flere områder ved mestring av MS som er verdt å belyse i større grad.

Jeg vil bevisst ta i bruk begrepet ”personer rammet av MS”, når jeg henviser til personenes hverdag. Dette fordi en ved kronisk sykdom kan anse seg selv som frisk heller enn syk, alt etter hvordan en selv opplever sykdommens innvirkning på livsutfoldelsen. Utover dette vil jeg referere til denne gruppen som pasienter, når jeg beskriver deres møte med helsetjenesten. Da en i henhold til lovverket, betegnes som pasient når en benytter seg av helsetjenester (pbrl, 1999).

1.2. Hensikt

I henhold til Thideman skal en Bacheloroppgave gi kunnskap og innsikt i en valgt problemstilling, innenfor det faget en studerer. (Thideman, 2017, s.20). Hensikten med denne oppgaven, er å undersøke kjent litteratur og forskning omkring mestring av sykdom og hverdag hos personer rammet av multippel sklerose (MS). Med dette ønsker jeg å belyse de kunnskaper som fremkommer på området, og undersøke hvordan sykepleiers rolle kan virke inn på pasientens forutsetninger for mestring.

1.3. Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til opplevelsen av mestring, hos personer rammet av MS?

1.4. Avgrensning

På grunn av oppgavens ordgrense, har jeg valgt å rette fokus primært mot mestring hos personer rammet av MS. I tillegg vil jeg vektlegge hvordan sykepleier gjennom sin funksjon, kan bidra til opplevelsen av mestring. Jeg vil derfor undersøke mestring hos personer rammet av MS, i arbeidsfør alder. Videre vil jeg inkludere begge kjønn i undersøkelsen, da fenomenet mestring er viktig uavhengig av kjønnsforskjeller. Det kan oppleves et flertall av kvinner, da sykdommen rammer dem dobbelt så mye som menn (NHI, 2018). I tillegg vil jeg undersøke mestring ved alle former for MS, med dette inkluderes da både atakkvis MS (RRMS), primær progressiv MS (PPMS) og sekundær progressiv MS (SPMS). Videre i oppgaven vil jeg ta i bruk disse forkortelsene når jeg omtaler undergruppene av MS.

Jeg vil primært utelate studier som undersøker mestring hos personer med nylig diagnostisert MS, da dette kan virke inn på deres forutsetning for mestring. Denne gruppen er i en krisereaksjon, og det kan ta tid å ta situasjonens alvor inn over seg. Jeg vil likevel trekke inn studier som omhandler denne gruppen, men da som en del av det totale utvalget i studien heller enn å rette fokus primært mot dem. Selv om pårørende er en viktig ressurs for å sikre mestring hos pasienter, ønsker jeg ikke å ta med pårørendes opplevelse av mestring i denne oppgaven. Dette fordi oppgaven skal omhandle mestring hos pasientgruppen. Videre vil jeg ikke undersøke mestring hos pasientgruppen utover arbeidsfør alder, med dette ekskluderes da både barn med MS og eldre personer med MS. Jeg vil heller ikke trekke inn studier som belyser mestring relatert til medikamentell behandling i denne oppgaven. For å få et klart bilde på problemstillingen, ønsker jeg heller ikke å ta med studier som omhandler andre lidelser enn MS, eller lidelser med samtidig MS.

1.5 Oppgavens disposisjon

Bacheloroppgaven er tredelt, i form av innledning, hoveddel og avslutning. Dalland uttrykker at det innledningsvis skal presiseres valgt tema med problemstilling, samt oppgavens hensikt og videre løp. I hoveddelen blir den faglige plattformen etablert, der eksisterende kunnskap, faglig og teoretisk materiale og valgt metode presenteres. Avslutningen består av en kort sammenfatning av hovedpunkter og resultatet fra arbeidet (Dalland, 2017, s.197). I min utforming av oppgaven vil jeg presentere 6 hovedpunkter: Innledning, Teoretiske perspektiver, Metode, Resultat, Drøfting og Avslutning.

2. Teoretiske perspektiver

2.1. Multippel sklerose

For å belyse sykdommen multippel sklerose, har jeg valgt å benytte Norsk Helseinformatikk (NHI). Dette er et digitalt medisinsk oppslagsverk, ment for undervisning av både helsepersonell og andre. Det er også denne siden MS-forbundet har tatt utgangspunkt i, ved utforming av sin nettside. De fakta som fremkommer her, samsvarer også med det pensum som er benyttet i undervisningssammenheng. For å gi en omfattende beskrivelse av sykdommen vil jeg også trekke inn Espeset, Rektorli, Kristiansen, Solli, Mastad og Almås sin beskrivelse fra Sykepleie ved nevrologiske sykdommer i *Klinisk sykepleie 2* (2016).

Generelt om MS

Multippel sklerose (MS) er en kronisk, nevrologisk sykdom som medfører ødeleggelse av isolasjonslaget rundt nervetråder i hjernen og ryggmargen (NHI, 2018). Sykdommen beskrives også som en autoimmun sykdom som oppstår når immunsystemet reagerer på, og derfor angriper, eget vev. MS kalles derfor også en kronisk inflammatorisk sykdom i sentralnervesystemet. Inflammasjonen medfører skade på myelinet i enkelte aksonområder. Lokalisasjonen i sentralnervesystemet avgjør hvilke symptomer som oppstår. Dersom kun myelinet er skadet, kan de skadene som inflammasjonen forårsaker leges spontant med nydannelse av myelin og arrvev (Espeset, et.al., 2016, s.285).

Per i dag lever rundt 10.500 personer med MS i Norge. Sykdommen bryter vanligvis ut i 20-45 års alderen, hvor kvinner rammes dobbelt så hyppig som menn. Det finnes per i dag ingen kurativ behandling for sykdommen. De medisinske behandlingsmetodene som finnes tar sikte på å behandle angrep i akutfasen, symptomatisk behandling og forebyggende medikamentell behandling for å hindre nye angrep. Rehabilitering er også en viktig del av behandlingstilbudet. Forløpet av sykdommen kan variere betydelig mellom individene, og valg av behandling blir derfor individuelt tilpasset (NHI, 2018).

I 2018 ble det satt i gang en studie omkring stamcellebehandling til pasienter med RRMS, ved Haukeland sykehus (Førde, 2018). Selv om denne typen behandling er tilgjengelig i utlandet, er dette enda ikke et tilbud det norske helsevesen kan tilby. I henhold til Nortvedt tilbyr det norske helsevesen behandling basert på sykdommens alvorlighetsgrad, tiltakets nytte, tiltakets kostnadseffektivitet og andre diskuterte prioriteringsprinsipp. Målet med dette er å oppnå størst mulig helsegevinst sett i sammenheng med tiltaket som ytes (Nortvedt, 2012, s.224-229). Dette stiller da krav til dokumentert kunnskap omkring effekt og bivirkninger, før tilbudet kan omsettes til norsk praksis.

Symptomer ved MS

De symptomene som kan oppstå ved MS, avhenger som nevnt av lokalisasjonen på myelinskaden. De fysiske symptomene pasienten kan oppleve er: synsforstyrrelser (tåkesyn, flimrer i synsbildet, dobbeltsyn), kraftsvekkesle i ekstremiteter, manglende kontroll over muskler som kan resultere i koordinasjonsvansker, nedsatt arbeidsevne, tretthet, forstyrrelse i vannlatings- og seksuallfunksjoner, endret hudfølelse og reaksjon på temperatur. De nevnte symptomene opptrer ofte i angrep, og de første symptomene kan være forbigående for deretter å komme tilbake etter en symptomfri periode. (NHI, 2018) Espeset et.al. beskriver flere av de overnevnte symptomene, og legger i tillegg til at personen kan oppleve tarmproblematikk, balanseforstyrrelser og svelg- og talevansker. Symptomene gir uttrykk for myelinskadens plassering, med dette menes at den lokale skaden gir utslag som symptomer i samme område (Espeset, et.al., 2016).

Personer som har MS opplever også ikke-motoriske forstyrrelser, en gruppe symptomer som vies stadig større oppmerksomhet fordi de har stor innflytelse på livskvaliteten. Midgard (2016) referert i Espeset et.al. (2016), omtaler dette som *usynlige symptomer*. Disse symptomene omfatter fatigue, depresjon, angst, smerter, kognitive problemer, nedsatt hukommelse, manglende konsentrasjon og redusert evne til å planlegge og løse sammensatte oppgaver (Espeset et.al. 2016, s.285).

Hovedgrupper av MS

Attakkvis MS (RRMS)

Hos ca.80% starter sykdommen med angrep, der symptomene er svært uttalt for deretter å gå over i en stabil periode med milde eller ingen symptomer. Denne perioden varer vanligvis 4-8 uker, men kan også være lengre. De fleste personer med denne typen MS vil for hvert angrep bli gradvis mer preget av sykdommen, og det vil utvikles økende funksjonsnedsettelse (NHI, 2018).

Primær progressiv MS (PPMS)

Hos 15-20% vil sykdomsforløpet foregå uten de karakteristiske angrepene, dette gjelder spesielt de personene som er eldst ved sykdomsdebut. Ved denne formen utvikles det gradvis økende plager, uten symptomfrie perioder. Diagnosen stilles først når det er minst ett års sykehistorie med gradvis økende symptomer fra sentralnervesystemet, der MR-undersøkelse viser typiske forandringer (NHI, 2018).

Sekundær progressiv MS (SPMS)

De fleste pasientene vil gå over til denne formen for MS etter en tid med attakkvis MS, anfallet vil da opphøre og gå over til en gradvis og jevn forverring uten symptomfrie perioder. Hele 4 av 5 pasienter med attakkvis MS utvikler sekundær progressiv MS (NHI, 2018).

2.2. Sykepleieteoretisk perspektiv

Jeg har valgt å ta utgangspunkt Kristoffersens (2011) tolkning av Benner og Wrubels omsorgsteori i min vinkling av oppgaven. Dette fordi deres teori vektlegger sykepleiefunksjonen som å hjelpe pasienter som opplever en endret livssituasjon, til å mestre situasjonen og dermed skape velvære i deres hverdag.

Sykepleierrollen

Kristoffersen (2011) mener sykepleie i Benner og Wrubels omsorgsteori, omhandler å hjelpe mennesket til å mestre tap, lidelse og sykdom, med utgangspunkt i pasientens opplevde situasjon. Sykepleierens rolle er da å hjelpe pasienten til å mestre situasjonen på en måte som ivaretar det som er særlig verdifullt for den vedkommende (Kristoffersen, 2011, s.215).

Videre opplever mennesket stress og har behov for sykepleie, når deres spesielle anliggende blir truet som følge av helsesvikt, sykdom eller tap. Det overordnede målet med helsehjelpen er å hjelpe pasienten til å leve ut, eller til å leve i overensstemmelse med sine spesielle anliggende ved sykdom, tap og lidelse. For å sikre dette må en som sykepleier hjelpe pasienten til å mestre sin livssituasjon. Selv om Benner og Wrubel ikke beskriver generelle metoder for utøvelse av sykepleie, omtaler de det sykepleiefaglige ansvaret for å kartlegge hvordan pasienten selv opplever sin situasjon og hvilken mening den tillegges (Kristoffersen, 2011, s.262-265).

Pasientrollen

Kristoffersen (2011) beskriver Benner og Wrubels menneskesyn med vekt på mennesket som en som lever og deltar i verden, og forholder seg til verden på en meningsfull måte.

Fenomenene omsorg, kroppslig kunnskap, bakgrunnsforståelse og spesielle anliggende, virker inn på menneskets måte å delta i verden. Dette former også teoretikernes syn på pasientrollen. Som pasient befinner man seg i en situasjon der det oppleves stress på grunn av helsesvikt, tap eller sykdom. Noe som medfører at endringer i et menneskes liv må forstås ut fra hvilken betydning denne endringen har for den enkelte, og sett i lys av de konsekvensene endringen skaper for pasientens personlig anliggende. Ved sykdom og helsesvikt kan det oppleves varierende grad av stress, avhengig av den graden endringen truer ens spesielle anliggende (Kristoffersen, 2011, s.259-261).

I henhold til Kristoffersen (2011) bygger Benner og Wrubels omsorgsteori på sykepleiepraksis, og teoretikerene setter den erfarte ekspertisen høyt. I deres omsorgsteori benyttes begrepet *velvære* fremfor *helse*. Dette fordi velvære i større grad vektet personens subjektive og individuelle opplevelse av egen helsetilstand. Der helse heller defineres som summen av objektive, målbare verdier. Med dette tolkes helse med hovedvekt på subjektive aspekter, noe som støttes opp om av teoretikernes fenomenologiske tilnærming til mennesket (Kristoffersen, 2011, s.261-262).

2.3. Mestring

Det finnes flere ulike måter å definere mestring. Lode (2016) viser til Lazarus og Folkman sin modell for mestring, hvor mestring omtales som en prosess som foregår mellom personen og situasjonen (Lode, 2016, s.41). Et annet aspekt ved dette fenomenet er Antonovskys salutogene definisjon av mestring. Jeg vil benytte disse teoretikerne sammen for å belyse begrepet.

Antonovskys mestringsteori

Antonovsky har en salutogen tilnærming til helse, motstykket til den patologiske tilnærmingen. Han er kjent for å ha utarbeidet begrepet ”sence of coherence”, oversatt til opplevelsen av sammenheng (OAS). Begrepet beskriver samspillet mellom personen og omgivelsene i møte med utfordringer, med utgangspunkt i menneskets tolkning av situasjonen som begripelig, håndterbar og meningsfull (Antonovsky, 2012, s.39)

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i. (Antonovsky, 2012, s.41)

Antonovsky mener at graden av personers OAS er vesentlig for menneskets tolkning og håndtering av stress. Han definerer stress som ”Krav som det ikke finnes noen umiddelbar eller automatisk adaptiv respons på” (Antonovsky, 2012, s.72). Videre beskriver han ulike former for stress: kronisk stress, vesentlige livsbegivenheter og akutte daglige irritasjonsmomenter. Og hvordan disse på ulike måter både påvirker og påvirkes av personens OAS. Antonovskys salutogene mestringmodell baserer seg på de generelle motstandsressursene som bygger opp under en sterk OAS, og som er avgjørende for evnen til å takle spenning (Antonovsky, 2012, s.50-52).

Videre forklarer Antonovsky at stresshåndtering har to sider, problemløsning altså det instrumentelle aspektet og følelseregulering (Antonovsky, 2012, s.141). Et viktig aspekt ved følelsereguleringen, er at fokuserte følelser vil aktivere mestringsmekanismer i motsetning til diffuse følelser som ofte resulterer i forsvarsmekanismer (Antonovsky, 2012, s.147). Her vil en person med stor grad av OAS mobilisere følelsesmessige og kognitive intra- og interpersonlige ressurser for å takle problemer (Antonovsky, 2012, s.169).

Det er viktig å være klar over at høy OAS ikke er en bestemt mestringsstrategi i seg selv. Men en person med høy grad av OAS har større mulighet for å ta i bruk den mestringsstrategien som er best egnet for å håndtere stressfaktoren (Antonovsky, 2012, s.148). Antonovsky poengterer også at da situasjonen personen deltar i kan endre seg, må en også være bevisst hvilken mestringsstrategi som benyttes og være villig til å endre denne. Om ikke, kan mestringsstrategien som en gang var effektiv bli patogen (Antonovsky, s.153).

Lazarus og Folkmans mestringssteori

Jeg ønsker også og trekke frem mestringsmodellen til Lazarus og Folkman, slik den benyttes i Lode (2016). Deres mestringssteori omtaler mestringsprosessen som en prosess som foregår mellom personen og situasjonen. Personen som opplever en stressituasjon vil evaluere denne gjennom en tolkningsprosess som bestemmer den følelsesmessige eller atferdsmessige reaksjonen. En stressituasjon kan oppleves så belastende at det overstiger den utsattes ressurser til å imøtekomme den. Lazarus og Folkman, referert i Lode (2016), mener tolkningsprosessen består av tre stadier, som ikke nødvendigvis utgjør en lineær rekkefølge (Lode, 2016, s.41).

Primærtolkningen vil si den første vurderingen om hvorvidt stressituasjonen truer det som er viktig i personens liv. For noen kan også den første reaksjonen bestå av lettelse over at de problemene en opplever har et årsaksforhold, noe en dermed kan beherske eller imøtekomme (Lode, 2016, s.42).

Sekundærtolkningen består av tanker om hva som kan gjøres for å redusere eller fjerne stressfaktorer. Det er i denne fasen en velger den mestringsstrategien som virker mest hensiktsmessig for å imøtekomme situasjonen. Eksempler på ulike mestringsstrategier kan være: problemfokuserte som er handlingsrettede, emosjonsfokuserte som regulerer de følelsesmessige reaksjonene på situasjonen, og unngåelsesstrategier for å skille seg selv fra stressituasjonen. Sistnevnte kan være gunstig ved førsteinntrykket av situasjonen da det kan være belastende å ta inn over seg situasjonens omfang, og ellers i situasjoner der en må gi seg hen til andres styring (Lode, 2016, s.42).

Den siste fasen i tolkningsprosessen er retolkning, som vil si å evaluere den valgte mestringsstrategien. Endringer i stressituasjonen kan gjøre det nødvendig å endre mestringsstrategi (Lode, 2016, s.43).

2.4. Sykepleiefunksjon

I henhold til rammeplanen for sykepleierutdanningen, referert i Thideman (2017), skal sykepleier ivareta flere funksjonsområder innenfor faget. Sykepleier har en helsefremmende og sykdomsforebyggende-, en pleiegivende-, omsorgsgivende-, lindrende og behandlende-, rehabiliterende-, undervisende og veiledende- og administrativ funksjon (Thideman, 2017, s.44).

Selv om flere av de overnevnte funksjonene er relevante for å sikre mestring av utfordrende situasjoner, er den undervisende og veiledende funksjonen ved sykepleie et sentralt element for å sikre mestring. Harris og Ursin mener opplevelsen av kontroll over situasjonen er en vesentlig forutsetning for å kunne oppnå mestring. For å oppnå opplevelse av kontroll, er brukermedvirkning, forutsigbarhet og sosial støtte viktige elementer. Helsepersonell kan gi en opplevelse av forutsigbarhet gjennom å veilede og gi informasjon omkring situasjonen (Harris & Ursin, 2014, s.169). For å sikre dette mener Tveiten (2008), referert i Harris og Ursin (2014), at sykepleiers pedagogiske rolle er helt sentral. Informasjonen som blir gitt må tilpasses pasientens situasjon, og brukermedvirkning er derfor en sentral del av samarbeidet. Gjennom medbestemmelse vil personen oppleve empowerment, et av kjernebegrepene i helsefremmende arbeid (Harris & Ursin, 2014, s.169).

Tveiten belyser sykepleieres pedagogiske funksjon i møte med pasienter i helsetjenesten. Hun uttrykker at helsepedagogikk bygget på et teoretisk grunnlag, og har som mål å hjelpe pasient og pårørende til å mestre utfordringer knyttet til helse, samhandling og aktiv medvirkning. (Tveiten, 2016, s.83). Hun mener veiledning er et viktig element i empowerment-rettet helsehjelp. Der fagutøver skal medvirke til at pasienten blir i stand til å kontrollere forhold som berører eget liv. Ved å bevisstgjøre pasienten på de muligheter, ressurser og forhold som kan påvirke situasjonen, kan en skape tro på egne handlinger. Tveiten definerer derfor helseveiledning som veiledning med mål om å øke kompetansen til pasienten, slik at en kan mestre helseutfordringer eller ivareta helse. Hensikten med veiledningen bygger derfor på at mestringskompetansen styrkes gjennom refleksjon, oppdagelse og læring (Tveiten, 2016,s.89-104).

3. Metode

3.1. Kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode

I henhold til Dalland, er både kvalitative og kvantitative studier gode metoder for å innhente kunnskaper omkring det samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltpersoner, grupper og institusjoner handler og samhandler. Han uttrykker videre at kvantitative og kvalitative studier, er ulike i måten de fremskaffer kunnskap på. Kvantitative studier tar utgangspunkt i tallfestede og målbare verdier, og undersøker ofte prevalensen av en faktor hos et stort utvalg. Kvalitative studier derimot, presenterer meninger eller opplevelser som ikke kan måles på samme måte som ved kvantitative studier (Dalland, 2017, s. 52-53). Når både kvalitative og kvantitative studier gir samme resultat, er det et sterkt argument for at resultatene er gyldige (Thideman, 2017, s.79).

Kvantitative studier utgår fra aksepterte teorier og prinsipper basert på objektive og nøytrale referanser. Forsberg og Wengström beskriver målet med denne typen studie som å klassifisere, finne sammenhenger, forutsi og forklare. Reliabiliteten består av den graden forskningen samsvarer med andre studier der samme måling har blitt utført (Forsberg & Wengström, 2016, s.42-43). Kvalitative studier derimot, retter fokus mot å tolke og skape mening og forståelse i menneskets subjektive opplevelse av omverdenen. Det anvendes her ikke statistikk eller numeriske verdier. Men studiemetoden har som mål å synliggjøre opplevelser, meninger og betydningen som et fenomen kan ha for alle involverte (Forsberg & Wengström, 2016, s.44-45).

3.2. Litteraturstudie

Magnus og Bakketeig (2000) referert i Thideman (2017), beskriver litteraturstudie som en måte å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder. Med dette menes å samle litteratur, for deretter å kritisk evaluere denne og til slutt sammenfatte resultatet. (Thideman, 2017, s.79) Hensikten med litteraturstudiet er å gi en oppdatert forståelse av kunnskapen som eksisterer på området problemstillingen omhandler. Samt å vise til prosessen for å komme frem til denne kunnskapen (Thideman, 2017, s.79-80). I henhold til Forsberg og Wengström kjennetegnes en litteraturstudie ved å undersøke, sammenligne og kritisk evaluere tilgjengelig litteratur innenfor et område. Metoden har som mål å vise kunnskaper omkring en sammenfatning av tidligere gjennomførte studier (Forsberg & Wengström, 2016, s.30).

I henhold til retningslinjer for bachelor i sykepleie ved HVL, skal studenten ta i bruk litteraturstudie som valgt metode i arbeidet. På grunn av retningslinjenes artikkelbegrensning er ikke oppgaven en fullstendig litteraturstudie. Litteraturstudie som metode gir en tilgang til et bredt utvalg av forskning. For å finne frem til de mest relevante dataene, er det av vesentlig nytte å ha kunnskaper omkring de ulike databasene og søkemetoder som kan være til hjelp for å manøvrere i havet av forskning. Jeg har tatt i bruk de søkemotorene som er tilgjengelige på HVL.no, for å finne frem til den mest oppdaterte kunnskapen på området.

3.3. Fremgangsmåte for søkeprosessen

I mitt søk etter relevant forskning har jeg tatt i bruk flere søkemotorer, deriblant CINAHL, Cochrain Library, MEDLINE, SveMed+ og PubMed. Men alle de valgte artiklene til denne oppgaven er å finne på PubMed.

Mestring relatert til MS er et godt belyst forskningsområde, men med få norske studier fra de senere år. Jeg har derfor valgt å ta med internasjonale studier i denne oppgaven. Da jeg har tatt utgangspunkt i utenlandsk forskning, har jeg vært bevisst å trekke inn artikler utført i land som ligner mest mulig på den norske helsetjenesten, og der kulturelle forskjeller virker minst mulig atskilt fra det norske samfunn. Denne vurderingen bygger tanken om at mestring er et opplevd fenomen og derfor kan tolkes internasjonalt, men der kulturelle forskjeller slik som kvinnesyn og religion kan virke inn på hva som oppfattes som mestring. Det var færre kvalitative studier enn først antatt fra de senere år, og det er derfor primært tatt med kvantitative studier i denne oppgaven. Utover dette var det også svært få aktuelle artikler som omhandlet sykepleiers arbeid mot å sikre mestring hos personer rammet av MS. Og jeg har derfor valgt å benytte relevant litteratur for å belyse sykepleiers rolle mot å sikre mestring hos pasientgruppen, heller enn å trekke inn artikler som kun omhandler temaet til en viss grad.

For å finne frem til de mest aktuelle artiklene for mitt valg av tema, har jeg tatt i bruk søkeordene: *coping strategies*, *characteristics*, *social*, *adjustment*, og *multiple sclerosis*. Jeg har benyttet disse søkeordene både sammen og i ulike kombinasjoner. Da dette er et godt belyst område kom det opp mange artikler som omhandlet mitt søk, jeg vurderte derfor titlene på artiklene opp mot mine inklusjon- og eksklusjonskriterier, og videre ved gjennomlesning av abstraktene på de artiklene jeg anså som aktuelle. Blant de artiklene jeg anså som relevante basert på likheter og forskjeller i tematikk, ble det valgt ut 4 primærstudier.

Dato	Database	Søkeord	Avgrensning	Treff	Valgt artikkel	Forfatter	Årstall
14.03	Pubmed	coping strategies, multiple sclerosis	Siste 5år (2014-2019)	59	The burden of multiple sclerosis and patients` coping strategies	Lorefice, L., Fenu, G., Frau, J., Coghe, G., Marrosu, M. G., Cocco, E.,	2018
18.03	Pubmed	coping strategies, characteristics, multiple sclerosis	Siste 5år (2014-2019)	10	Use of coping strategies in multiple sclerosis: Association with demographic and disease-related characteristics	Holland, D. P., Schlüter, D. K., Young, C. A., Mills, R. J., Rog, D. J., Ford, H. L., Orchard, K.,	2019
19.03	Pubmed	coping strategies, adjustment, multiple sclerosis	Siste 5år (2014-2019)	32	Targeting Coping Strategies for Interventions Aimed at Maximizing Psychosocial Adjustment in People with Multiple Sclerosis	Grech, L.B., Kiropoulos, L.A., Kirby, K. M., Butler, E., Paine, M., Hester, R.,	2018
19.03	Pubmed	coping, social, multiple sclerosis	Siste 5år (2014-2019)	69	Coping with multiple sclerosis – the role of social support	Rommer, P. S., Sühnel, A., König, N., Zettl, U. K.,	2017

3.4. Forskningsetikk

Dalland beskriver forskningsetikk som å vurdere forskning i forhold til samfunnets normer og verdier. Denne vurderingen skal skje kontinuerlig gjennom hele løpet, fra utgangspunkt til ferdig resultat. En skal gjennom arbeidet ivareta personvernet til de involverte og sikre at deltakerne ikke blir påført skade eller unødig belastning. Forskningens mål om å fremskaffe ny kunnskap og innsikt, skal ikke gå på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2017, s.236).

Forsberg og Wengström uttrykker at etiske overveielser ved systematiske litteraturstudier bør utøves i valg av artikler og presentasjon av resultater. Der det er viktig å velge studier med godkjennelse av etisk komite, eller der etiske overveielser er gjort. Vitenskapsrådet har utgitt retningslinjer for god medisinsk forskning, og påpeker at fusk og uærlighet ikke skal fremkomme i forskningen. (Forsberg & Wengström, 2016, s.59-60)

I *Forskrift om studium og eksamen ved HVL*, fremkommer det at en som student skal bruke tilstrekkelig kildehenvisning når en refererer til andres verk (Forskrift om studium og eksamen ved HVL, 2016). Med dette skal også studenten sikre at fusk og uærlighet ikke skal fremkomme i oppgaven.

3.5. Metodekritikk

Dalland beskriver metodekritikk som å vurdere effekten av den brukte metoden, sett opp mot mulige alternative metoder (Dalland, 2017, s.225). I henhold til Forsberg og Wengström, er det en fordel ved litteraturstudier at en kan få kjennskap til et stort utvalg artikler omkring emnet, på kort tid. Med dette kan en da få en bedre innsikt i det valgte emnet, og belyse problemstillingen fra ulike sider. Samtidig vil det også være lett å finne tilbake til artikler, og vurdere artiklenes relevans for problemstillingen underveis i oppgaven (Forsberg & Wengström, 2016).

Det brede utvalget av studier, kan medføre et ubevisst selektivt utvalg som støtter opp om ens egen oppfattelse av problemstillingen. Den valgte problemstillingen kan også gjøre det vanskelig å utføre en litteraturstudie. Dersom problemstillingen belyser et område det finnes få studier om, kan det hende denne metoden ikke er den best egnede for å svare på temaet.

3.6. Kildekritikk

I henhold til Dalland omhandler kildekritikk å fastslå om de opplysningene som fremkommer i litteraturen er sanne. Kilden må vurderes i forhold til relevans for tematikk og problemstilling (Dalland, 2017, s.153). Målet med kildekritikken er å la leseren få innsikt i de refleksjoner en har gjort omkring relevans og gyldighet i valgt litteratur i forhold til å belyse problemstillingen. Relevansen vil si hvilken verdi kilden har for tematikken en skal undersøke. Kildens kvalitet omhandler hvilken type kilde det er, dens troverdighet altså gyldighet, og dens ekthet altså holdbarhet (Dalland, 2017, s.158-159).

Artiklene i oppgaven er publisert i helsefaglige tidsskrifter, ment for undervisning og opplysning av den nyeste forskningen innenfor området. På tross av at de valgte studienes utvalg har vært noe ulike, f.eks. ekskludert deltakere med kognitiv dysfunksjon eller ikke tatt med alle undergrupper av MS, mener jeg at forskningen til sammen utgjør et godt nok utvalg til å kunne gi klare funn omkring de belyste tema innenfor mestring hos MS rammede. Da studiene har ulikt design for å undersøke problemstillingene, har jeg tatt i bruk sjekklister fra Folkehelseinstituttet <https://www.fhi.no>. De ulike sjekklister er lagt ved under ”Vedlegg”.

4. Resultat

4.1. Artikkel 1

Tittel: *The burden of multiple sclerosis and patients` coping strategies*

Hensikt: I kohort-studien til Lorefice, Fenu, Frau, Coghe, Marrosu og Cocco (2017), ble det undersøkt hvilke mestringsstrategier 134 pasienter med MS og 94 friske individer tok i bruk. Formålet med studien var å avdekke hvilke strategier som ble brukt hos de ulike gruppene, og dermed gi en beskrivelse av hvilke mestringsstrategier som kjennetegnet MS pasienter. Verktøyet for undersøkelse av mestringsstrategier var COPE-NVI, som benytter 5 hovedgrupper i sin vurdering. Studien ble utført i Italia, og godkjent av den lokale etiske komite.

Funn: Funnene sammenfaller med tidligere utførte studier på området, som viser at personer rammet av MS tar i bruk mer emosjonsfokuserede mestringsstrategier enn friske individer. Det fremkom at personer med lengre sykdomsvarighet opplevde mindre sosial støtte. I tillegg ble det funnet høy forekomst av depresjon hos personer med MS, noe som igjen kan påvirke individene i retning av ugunstige mestringsstrategier (maladaptive coping). Funnene viser at depresjon og funksjonstap var assosiert med høy bruk av unngåelsesstrategier.

Konklusjon: Forskerne mener på bakgrunn av disse funnene, at det må settes i gang tverrfaglige intervensjoner for å forhindre bruk av ugunstige mestringsstrategier og dermed bedre personenes tilpasning til livet med MS. På denne måten kan en sikre pasientene de beste forutsetningene for å ivareta deres uavhengighet, livskvalitet og sosiale roller.

4.2. Artikkel 2

Tittel: *Use of coping strategies in multiple sclerosis: association with demographic and disease-related characteristics*

Hensikt: I tverrsnittstudien til Holland, Schlüter, Young, Mills, Rog, Ford og Orchard (2018), ble det undersøkt hvilke mestringsstrategier 722 personer med MS benyttet seg av, basert på sykdomsspesifikke faktorer og personlig karakteristikk. Forskerne undersøkte problemfokuserede-, emosjonsfokuserede- og andre mestringsstrategier, alle med 5 undergrupper. Studien ble utført i Storbritannia, og godkjent av den lokale forskningskomite.

Funn: Resultatet av studien viste at en kombinasjon av problemfokuserte- og emosjonsfokuserte mestringsstrategier, gav de beste forutsetningene for å tilpasse seg sykdommen (adaptive coping). Den mest benyttede strategien var *aksept*, etterfulgt av *aktiv mestring*. Andre kategorier var i stor grad tilknyttet demografiske og kliniske trekk ved deltakerne.

Konklusjon: Basert på de funn som fremkommer i studien, uttrykker forskerne viktigheten av at helsepersonell vurderer de faktorene som kan påvirke mestringen hos individer med MS. Både for å unngå utilstrekkelig tilpasning og mestring av sykdom, men også for å forhindre negative effekter som følge av ugunstige mestringsstrategier. Forskerne påpeker behovet for bedre verktøy for å kunne måle mestring hos personer rammet av MS.

4.3. Artikkel 3

Tittel: *Targeting coping strategies for interventions aimed at maximizing psychological adjustment in people with multiple sclerosis*

Hensikt: I tverrsnittstudien til Grech, Kiropoulos, Kirby, Paine og Hester (2018), ønsket forskerne å undersøke hvordan valg av mestringsstrategi hos 107 individer rammet av MS, påvirket psykososiale faktorer tilknyttet stress, depresjon, angst og livskvalitet. De undersøkte mestringsstrategiene var fordelt i problemfokuserte-, emosjonsfokuserte- og unngåelsesstrategier. Studien ble utført i Australia, og etisk godkjenning ble gitt gjennom Department of Health, Victoria, Multi-Site Streamline Ethical Review System.

Funn: I studien fremkom det at både problemfokuserte- og emosjonsfokuserte mestringsstrategier var relatert til både gunstig- og ugunstig mestring. Resultatene fra studien visete at *oppbygging og utslipp av følelser* (venting), og unngåelsesstrategier slik som *fornektelse, mental- og atferdsmessig utkobling*, hadde en sammenheng med lavere psykososial tilpasning til sykdommen. *Aksept* og *positiv nytolkning og vekst*, viste seg å være relatert til bedre tilpasning til sykdommen.

Konklusjon: Psykososiale utfordringer hemmer den opplevde livskvalitet, og det bør derfor rettes større fokus mot mestringsstrategier hos pasientgruppen. Helsepersonell har et ansvar for å sikre intervensjoner for personer som står i fare for å ta i bruk en ugunstig mestringsstrategier. Målet bør være å øke gunstige mestringsstrategier, og redusere bruken av ugunstige mestringsstrategier.

4.4. Artikkel 4

Tittel: *Coping with multiple sclerosis – the role of social support*

Hensikt: I tverrsnittstudien til Rommer, Sühnel, König og Zettl (2017), ble det undersøkt sammenhengen mellom sosial støtte, funksjonssvikt, depresjon og mestring hos 243 MS rammede. Grad av depresjonssymptomer ble vurdert med Beck Depression Inventory (BDI), og sett i sammenheng med Trier Illness Coping Scale (TSK) som evaluerer grad av mestring ut fra 5 punkter. Videre ble også deltakerne vurdert basert på funksjonsnivå ved bruk av EDSS, som er en skala for funksjonssvikt. Og sett i sammenheng med ulike former for sosiale relasjoner. Studien ble utført i Tyskland, og etisk godkjenning ble gitt av den lokale etiske komite (University of Rostock), i tillegg til innhenting av informert samtykke fra deltakerne.

Funn: I undersøkelsen fremkom det at personer med EDSS 3 til 6, tok i bruk mer kognitive og atferdsmessige mestringsstrategier sammenlignet med dem med lavere og høyere EDSS score. Det ble også observert lavere grad av sosial støtte relatert til graden av funksjonstap.

Konklusjon: Resultatene fra studien viser at valg av mestringsstrategi endrer seg etter hvert som sykdommen progredierer. I tillegg fremkommer det vesentlige forskjeller mellom hvilke mestringsstrategier som benyttes, basert på hvilken sosial støtte den enkelte opplever. Artikkelen viser at sosial støtte i økende grad blir nødvendig for tilfredsstillende mestring etter hvert som sykdommen gjør en mer sosialt isolert, og fratrar en sosial fungering gjennom gradvis funksjonstap. I stadiet av EDSS mellom 3 og 6, er sosial støtte spesielt viktig og bør vies mer oppmerksomhet.

4.5. Oppsummering av hovedfunn

De valgte artiklene belyser i stor grad positive og negative sider ved ulike mestringsstrategier. De trekker også frem ulike utfordringer som personer med MS opplever relatert til mestring av livet med sykdommen slik som: sosial isolasjon, psykososiale problemområder og andre faktorer som kan påvirke personenes valg av mestringsstrategi, slik som funksjonstap og andre sykdomskjennetegn. Med utgangspunkt i de utfordringer som fremkommer i artiklene, ønsker jeg videre å belyse hvordan sykepleier kan imøtekomme disse, og dermed bedre pasientgruppens forutsetninger for mestring.

5. Drøfting

5.1. Valg av mestringsstrategi

Med utgangspunkt i Antonovskys (2012) inndelingen av mestringsstrategier som instrumentelle (problemfokuserede mestringsstrategier) og følelsesregulering (emosjonsfokuserede mestringsstrategier), kan det trekkes noen linjer ut i fra de funn som fremkommer i artiklene. I henhold til Lorefic et.al. (2017) benytter personer rammet av MS seg i større grad av emosjonsfokuserede mestringsstrategier, sammenlignet med friske individer. Denne formen for mestring har som formål å endre hvordan den stressende situasjonen oppleves, til motsetning fra problemfokuserede mestringsstrategier hvor det benyttes aktive tiltak for å endre selve situasjonen (Renolen, 2015, s.169-170). Da MS er en alvorlig, progredierende sykdom som virker gradvis mer inngripende i livet, vil det bli gradvis færre områder pasienten selv kan gjøre aktive endringer av problemløsende karakter for å endre sin situasjon. Sett i et slikt lys kan emosjonsfokuserede strategier da være gunstige for å imøtekomme situasjonen.

På den annen side, dersom vi tar i bruk Lazarus og Folkmans inndeling av mestringsstrategier som problemfokuserede-, emosjonsfokuserede- og unngåelsesstrategier kan det diskuteres om emosjonsfokuserede mestringsstrategier kan ansees som den beste måten å mestre situasjonen på. Dette fordi unngåelsesstrategier er ansett som emosjonsfokuserede mestringsstrategier. Denne sammenhengen trekker Antonovsky (2012) frem når han beskriver følelsesregulering. Han ytrer at fokuserte følelser vil aktivere mestringsmekanismer, i motsetning til diffuse følelser som ofte resulterer i forsvarsmekanismer (Antonovsky, 2012, s.147). Med dette kan da fokuserte følelser ansees som emosjonsfokuserede mestringsstrategier, og diffuse følelser som unngåelsesstrategier. I henhold til Grech et.al. (2018) ble unngåelsesstrategier relatert til ugunstig mestring, og negativ psykososial tilpasning til livet med MS. Noe som understøtter de negative helseutfallene ved å ta i bruk unngåelsesstrategier.

Videre kan det antas, slik som det presenteres i Grech et.al. (2018) at begge formene for mestring, altså både problemfokuserte og emosjonsfokuserte, begge bærer med seg positive og negative utfall. I henhold til Holland et.al. (2018) kan en kombinasjon av de to mestringsstrategiene være mest hensiktsmessig for å imøtekomme situasjonen. I studien til Rommer et.al. (2017), viser funnene at valg av mestringsstrategi endrer seg med sykdomsforløpet. Noe som kan indikere at ulike former for mestring bør benyttes etter hvert som sykdomsforløpet progredierer.

Både Antonovsky (2012) og Lazarus og Folkman, gjengitt i Lode (2016), peker på viktigheten av å være klar over hvilken mestringsstrategi som benyttes, og være villig til å endre denne når det er behov for dette. Lazarus og Folkman omtaler dette som *retolkningsfasen*, altså å kunne vurdere om den valgte mestringsstrategien er optimal for å mestre situasjonen (Lode, 2016, s.43). MS vil medføre gradvis forverring av den tidligere funksjonen, og en må derfor være klar over at det finnes flere måter å imøtekomme de opplevde problemområdene som her-og-nå situasjonen gir til kjenne. Selv om det som overnevnt er flere mulige måter å mestre en situasjon, må en være bevisst hvilken metode som benyttes, og være villig til å endre denne når situasjonen krever dette. Her har sykepleier en viktig funksjon i å støtte opp om pasientens endringsvilje i positiv retning, når den benyttede mestringsstrategien ikke lenger virker helsefremmende.

5.2. Informasjon og relasjon

I artikkelen til Holland et.al (2018) konkluderte forskerne med at helsepersonell aktivt bør vurdere hvordan pasientene kan unngå bruk av ugunstige mestringsstrategier (maladaptive coping). Og på denne måten unngå de uheldige konsekvensene ugunstige mestringsstrategier medfører. Benner og Wrubel, gjengitt i Kristoffersen (2011), uttrykker her viktigheten av å kartlegge pasientens subjektive oppfatning av situasjonen (Kristoffersen, 2011, s.265). Teoretikerne presiserer at sammenhengen mellom stress, mestring og helse hverken kan påvises eller forstås adskilt fra personen det gjelder, eller den konkrete situasjonen og sammenhengen som personen er en del av (Kristoffersen, 2011, s.259). Med dette menes at den helsehjelp som sykepleier utøver skal bygge på pasientens subjektive opplevelse av situasjonen. For å kunne innhente denne kunnskapen, bør sykepleier bygge en relasjon til pasienten.

Som sykepleier forholder en seg til pasienten med utgangspunkt i et hjelpeforhold. Den pleien som gis skal bygge på faglig kyndighet, og utføres på en medmenneskelig måte. For å sikre dette må sykepleier bygge opp tillit, være tålmodig og forståelsesfull overfor pasientens situasjon (Kristoffersen, 2011, s.85). Sykepleier kan forstå pasientens situasjon ut i fra likhetstrekk til egen hverdag. Men det er også en forutsetning at en innhenter informasjon om pasientens subjektive opplevelse av situasjonen. Det er først da omsorgen som gis foregår på pasientens premisser (Kristoffersen, 2011, s.88).

MS er en sykdom som karakteriseres av et langvarig og uforutsigbart løp, noe som kan gi en opplevelse av håpløshet og manglende mestring for den rammede. I henhold til Harris og Ursin er opplevelsen av kontroll og forutsigbarhet viktige forutsetninger for å kunne mestre en situasjon. For å kunne gi en økt opplevelse av forutsigbarhet, mener de at sykepleier kan bidra med informasjon og veiledning (Harris & Ursin, 2014, s.169).

Tveiten beskriver sykepleiers pedagogiske funksjon, som helseveiledning med mål om å øke pasientens kompetanse (Tveiten, 2016, s.83). På denne måten skapes empowerment, som gjør pasienten i stand til å ta i bruk egne ressurser for å imøtekomme situasjonen.

Autonomiprinsippet er også nedfelt i lovverket, og støtter videre opp om brukermedvirkning ved helsehjelp (pbrl, 1999). Gjennom brukermedvirkning vil pasienten selv kunne sette ord på hva som oppleves som problematisk, og på denne måten vil de tiltak som settes i verk oppleves hensiktsmessig og meningsfull for den enkelte. Når situasjonen oppleves meningsfull, mener Antonovsky at pasienten har en økt opplevelse av sammenheng. Han uttrykker at situasjonen må oppleves begripelig, håndterbar og meningsfull for at pasienten skal ha de beste forutsetningen til å mestre situasjonen (Antonovsky, 2012, s.148).

I relasjonen mellom pasient og pleier vil forholdet ofte være asymmetrisk. Ved å inkludere pasienten i veiledningen vil en kunne gi et mer individuelt tilpasset tilbud, og skape en maktforskyvning slik at pasienten ikke opplever avmakt. Da vi innehar informasjon som pasienten trenger for å mestre situasjonen, er det viktig å være klar over den makten dette innebærer (Tveiten, 2016, s.104).

Gjennom å gi tilstrekkelig informasjon og veiledning, kan en hjelpe pasienten mot å mestre situasjonen. Ved å øke ens kunnskaper oppleves det større grad av kontroll og forutsigbarhet, og en står dermed bedre rustet til å ta i bruk gunstige mestringsstrategier. Det er også et viktig poeng å la pasienten delta i utformingen av helsehjelpen som gis. Gjennom å inkludere pasienten, skapes en underliggende tone av pasientens evner og synspunkt som viktige. Med dette styrkes da også pasientens tro på egne evner, noe som kan øke den enkeltes forutsetninger for mestring.

Espeset et.al. (2016) uttrykker at opplevelsen av å få god og tilstrekkelig informasjon bidrar til at pasienten har bedre forutsetninger for å ta i bruk hensiktsmessige mestringsstrategier, heller enn ugunstige mestringsstrategier. Videre presiserer de at tidspunktet for veiledningen må tilpasses pasientens forutsetninger for læring, med dette menes både sykdommens aktivitet og pasientens motivasjon for å lære (Espeset et.al., 2016, s.291). Dette er også en erfaring jeg har gjort meg i min tid i hjemmesykepleien. Da en pasient med MS nylig hadde hatt et angrep som gjorde henne mer avhengig av hjelp i hverdagen, opplevdes dette tungt for henne. I dette tilfellet ble det satt i gang et besøk for å informere henne om de endringer som nå ville finne sted i forhold til økte besøk og mer bruk av hjelpemidler. Dette besøket ble avtalt basert på den tid og de ressurser som var til rådighet, med utgangspunkt i hva som ville være gjennomførbart for hjemmesykepleien. Da pasienten var preget av angrepet (i form av hodepine) og var nedstemt på grunn av det nylige funksjonstapet, var pasienten mindre mottakelig for den informasjonen som ble gitt. Noe som gjorde overgangen mer besværet for pasienten, da samtalen ikke foregikk på pasientens premisser.

5.3. Psykososiale utfordringer

Personer rammet av MS har et vidt spekter med symptomer, både de som er synlige for omverden og dem som omtales som "usynlige symptomer". Sistnevnte omfatter fatigue, depresjon, angst, smerter og kognitiv nedsettelse. De usynlige symptomene har stor innvirkning på den opplevde livskvaliteten (Espeset et.al., 2016, s.285). Noe som gjør dette til en viktig arena for sykepleiefaglige intervensjoner.

I artikkelen til Grech et.al. (2018) fremkommer det at både angst, depresjon, stress og livskvalitet påvirkes av valg av mestringsstrategi. De overnevnte tilleggslidelsene burde derfor alle få økt fokus i helsesammenheng. Grunnet ordgrensen i denne oppgaven har jeg valgt å rette fokus mot depresjon i denne drøftingsdelen. Det fremkommer i Rommer et.al. (2017) at det observeres psykososialt ubehag hos om lag halvparten av personer rammet av MS, noe som kan resultere i depresjon. Dette gir utslag i en svært høy forekomst av selvmord, sammenlignet med den generelle befolkningen (Rommer et.al., 2017).

I studiene til Lorefic et.al. (2017) og Grech et.al. (2018) ble det observert høy forekomst av depresjon hos personer rammet av MS. Begge studiene fant en sammenheng mellom depresjon og bruk av ugunstige mestringsstrategier, noe som understøtter behovet for tiltak rettet mot dette. I studien til Grech et.al. (2018) ble det videre funnet en sammenheng mellom bruk av ugunstige mestringsstrategier og lavere psykososial tilpasning til sykdommen. Dette viser at fenomenet utgjør en vond sirkel, hvor psykososiale problemer slik som depresjon kan medføre høyere bruk av ugunstige mestringsstrategier, og samtidig disponerer psykososiale tilleggslidelser den rammede for bruk av ugunstige mestringsstrategier. Det bør derfor iverksettes tiltak både for å forebygge depresjon og bruken av ugunstige mestringsstrategier. For å imøtekomme behovet for forebyggende tiltak, kan det være aktuelt å innarbeide Antonovskys teori om OAS i vårt arbeid.

Antonovsky mener *opplevelsen av sammenheng* er sentral for å skape mestring. Med dette menes at situasjonen må kunne tolkes som begripelig, håndterbar og meningsfull (Antonovsky, 2012, s.39). Ved å rette fokus mot OAS, kan vi hjelpe pasienten i retning av den best egnede mestringsstrategien. I henhold til Antonovsky vil personer som opplever større grad av OAS ha bedre forutsetninger for å velge nettopp den mestringsstrategien som er best egnet for å imøtekomme stressfaktoren (Antonovsky, 2012, s.148).

I Antonovskys definisjon av OAS begrepet, legger han vekt på pasientens evne til å ta i bruk indre og ytre ressurser for å imøtekomme situasjonen. Drivkraften som danner motivasjonen for å overkomme situasjonen er også av vesentlig verdi. Med dette menes at kravene utfordringen gir, blir ansett som utfordringer som det er verdt å engasjere seg i (Antonovsky, 2012, s.41). For at pasienten skal oppleve de utfordringer som sykdommen gir til kjenne som utfordringer det er verdt å engasjere seg i, må denne motivasjonen skapes med utgangspunkt i hva pasienten selv anser som verdifullt i sitt liv.

Benner og Wrubel forklarer sykepleie som å hjelpe mennesket til å mestre tap, lidelse og sykdom basert på pasientens opplevde situasjon. Med utgangspunkt i dette skal sykepleier hjelpe pasienten til å mestre situasjonen på en slik måte at det som er særlig verdifullt for vedkommende blir ivaretatt (Kristoffersen, 2011, s.215). De presiserer videre, at i de tilfellene en ikke kan endre situasjonen som truer det som er særlig verdifullt for den enkelte, må hjelpe pasienten til å leve i overensstemmelse med sine spesielle anliggende (Kristoffersen, 2011, s.262-263).

MS er en alvorlig sykdom som gradvis affiserer flere og flere deler av livet, og vil på et eller annet tidspunkt true det personen anser som verdifullt. I henhold til Dennison (2010) referert i Espeset et.al. (2016), kan en som sykepleier da hjelpe pasienten ved å være tilgjengelig, gi støtte og håp, i tillegg til å delta i behandlingsløpet. Pasienten må også få tid til å bearbeide sine reaksjoner og finne motivasjon for å møte de endringer i hverdagen som følger den sykdomsaktive perioden (Espeset et.al., 2016, s.290). Det vil selvfølgelig oppleves tungt for den rammede å møte motgang i form av atakker, og miste ”flere og flere deler av seg selv” gjennom funksjonstap og økte symptomer. Pasienten må da få tid til å kjenne på sine følelser, gjerne gjennom samtale med sykepleier. Men det viktigste er den prosessen pasienten selv gjør i denne fasen, for det er pasienten som har hatt et (funksjons)fall og det er pasienten selv som må velge å reise seg igjen. Det er pasienten som gjør arbeidet i denne prosessen, men sykepleier har en viktig funksjon som motivator og støttespiller gjennom denne reisen.

Dette er også en erfaring jeg har gjort meg i mitt møte med den MS-rammede i forgående eksempel. Hun opplevde atakket som svært tungt ettersom det nylige funksjonstapet gjorde henne mer avhengig av hjelp fra hjemmetjenesten i sin hverdag. Men etter hvert som hun fikk tid til å bearbeide følelsene sine omkring funksjonstapet, fant hun motivasjonen til å imøtekomme utfordringen som funksjonstapet medførte. Dette fordi hun gjennom indre og ytre ressurser fortsatt kunne gjøre det som var verdifullt for henne. Nemlig å komme seg ut av huset og dra på tur. Som hun selv sa ”Jeg er kanskje lenket fast til rullestolen, men ikke til huset”.

5.4. Ivaretagelse av pasientens sosiale behov

Harris og Ursin (2014) uttrykker at opplevelsen av kontroll er viktig for å kunne mestre en situasjon. Som nevnt er da både brukermedvirkning, forutsigbarhet og sosial støtte viktige elementer (Harris & Ursin, 2014, s.169). Gjennom vår pedagogiske funksjon kan vi bidra til brukermedvirkning og en viss grad av forutsigbarhet i det uforutsigbare sykdomsforløpet. For å ivareta behovet for sosial støtte, krever dette større grad av vår omsorgsgivende funksjon. Sosial støtte kan oppleves utfordrende hos personer rammet av MS, og jeg vil i denne delen av oppgaven beskrive viktigheten av dette støtteapparatet for å sikre mestring.

Det fremkommer i studien til Lorefic et al. (2017), at personer med lengre sykdomsvarighet opplevde mindre sosial støtte. Dette kan indikere at MS potensielt kan forverre det sosiale livet til de rammede (Loreficet.al, 2017). Renolen beskriver sosial støtte som et sentralt element for å mestre ulike livshendelser. Hun mener betydningen av sosial støtte spesielt kommer til kjenne når helsen svikter, eller når en utsettes for store påkjenninger (Renolen, 2015, s.175).

I henhold til Romer et.al. (2017) vil valg av mestringsstrategi påvirkes av den sosiale støtten den enkelte opplever. I deres studie viser det seg at sosial støtte i økende grad blir nødvendig for å sikre fungerende mestring, etter hvert som sykdommen setter begrensninger for sosial utfoldelse (Rommer et.al., 2017). Når symptomene blir mer fremtredende kan dette oppfattes som begrensninger sett i sammenheng med det tidligere sosiale liv. Eksempler på symptomer som kan gjøre sosial fungering utfordrende er kognitiv svikt, fatigue, talevansker og redusert evne til å planlegge og løse sammensatte oppgaver. Funksjonstap kan også skape utfordringer relatert til forflytning eller sosiale aktiviteter utenfor hjemmet, alt etter hvor uttalt funksjonsnedsettelsen oppleves. I studien til Rommer et.al. (2017) viser det seg at sosial støtte er spesielt viktig i stadiet 3 til 6 ved EDSS skalaen. Det kan tenkes at dette skyldes at funksjonssvikten blir mer uttalt i disse stadiene, og støtten som skapes her kan følge utover i sykdomsforløpet.

Rommer et.al. (2017) konkluderer med at sosial støtte blir stadig viktigere etter hvert som sykdommen progredierer. Dette har også jeg observert i mitt arbeid i hjemmetjenesten, hvor jeg som tidligere nevnt har arbeidet med to personer rammet av MS. Den ene pasienten hadde langtkommen MS og var totalt hjelpetrengende, noe som også skapte større utfordringer knyttet til sosial støtte. Pasienten hadde tidligere vært en sosial kvinne, som nå hadde mistet både språk og motorisk funksjon. Hennes sosiale nettverk bestod av foreldrene og de faste pleierne. Her opplevde jeg variasjon i måten både pårørende og pleierne kommuniserte med pasienten. Enkelte valgte å snakke minimalt med pasienten da enveiskommunikasjon opplevdes vanskelig for dem, mens andre i stor grad snakket fritt om tema de visste pasienten tidligere hadde interessert seg for. I dette eksempelet kommer vårt ansvar om å ivareta sosiale relasjoner spesielt tydelig frem. Renolen trekker frem at sosial støtte kan være objektivt tilgjengelig gjennom familie, venner og andre. Men for den enkelte som er rammet av en vanskelig situasjon, vil kvaliteten på støtten være viktigere enn kvantitet et stort nettverk kan skape. Det er den opplevde støtten som er av betydning (Renolen, 2015, s.175).

6. Avslutning

I denne oppgaven har jeg oppsummert deler av den tilgjengelige forskningen og litteraturen som fremkommer på området sammen med personlige erfaringer fra praksis, for å belyse hvordan sykepleier kan bidra til mestring hos personer rammet av MS. Dette er et viktig tema og belyse da denne pasientgruppen har flere problemområder som kan gjøre mestring av livet med sykdommen utfordrende. Målet med den helsehjelpen som gis er å hjelpe pasienten mot å ta i bruk hensiktsmessige mestringsstrategier i møte med utfordringer sykdommen kan medføre.

For å kunne mestre en situasjon må pasienten forstå hva situasjonen krever av en. Hvilke begrensninger den gir, risikofaktorene og de negative prognosene og utfallene. Samtidig må en som sykepleier også hjelpe pasienten mot å finne frem til de muligheter som finnes, og hjelpe pasienten til selv og finne frem til sine indre og ytre ressurser. Pasienten står her i en vanskelig balansegang mellom å ha håp og være klar over den harde realiteten sykdommen gir til kjenne. Pasienten blir ikke frisk av MS, men sykepleier kan bidra til at personen får et godt liv med sykdommen. På veien mot å sikre pasienten et best mulig liv med sykdommen, har sykepleier en sentral rolle som støttespiller og motivator. Mestring er en kontinuerlig prosess, som til tider kan være utfordrende. Men gjennom å være klar over hvilke ressurser en har tilgang på, vil pasienten stå bedre rustet til å kunne mestre situasjonene han eller hun står ovenfor.

Som sykepleier har man en sentral rolle i pasientens mestringsprosess. Dette ansvaret kommer til uttrykk gjennom flere viktige funksjoner som vi skal fylle i denne prosessen. Sykepleier skal være en faglig trygghet gjennom sykdomsforløpet, og viderformidle kunnskaper til pasienten slik at situasjonen oppleves overkommelig. Sykepleier skal også være en omsorgsperson, som står ved pasientens side gjennom oppturer og nedturer som sykdommen medfører. Og ikke minst skal sykepleier inneha en helsefremmende funksjon, som vi yter gjennom å kontinuerlig arbeide mot at pasienten skal oppleve mestring av eget liv.

Referanseliste

- Antonovsky, A., (2012) *Helsens mysterium – Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O., (2017) *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O., Trygstad, H., (2017) Kilder og kildekritikk | Dalland, O., *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg. s.149-164) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Espeset, K., Rektorli, L., Kristiansen, A., G., Solli, E., M., Mastad, V., Almås, H., (2016) Sykepleie ved nevrologiske sykdommer | Stubberud, D., G., Grønseth, R., Almås, H., (red.) *Klinisk sykepleie-2* (5.utg. s.269-302) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Folkehelseinstituttet. (2019.28.01) *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet (2016) Forskrift om studium og eksamen ved HVL (FOR-2016-12-21-1851) Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-21-1851#KAPITTEL_10
- Forsberg, C., Wengström, Y., (2016) Den systematiske litteraturstudiens første steg | Forsberg, C., Wengström, Y., *Att göra systematiske litteraturstudier* (4.utg. s.59-74) Stockholm: Natur Kultur Akademisk
- Forsberg, C., Wengström, Y., (2016) Vetenskapens kännetecken | Forsberg, C., Wengström, Y., *Att göra systematiske litteraturstudier* (4.utg. s.35-58) Stockholm: Natur Kultur Akademisk
- Førde, O., (2018, 15.06). *RAM-MS: 10 pasienter inkludert*. Hentet fra <https://www.ms.no/nyheter/ram-ms-10-pasienter-inkludert>
- Grech, L., B., Kiropoulos, L., A., Kirby, K., M., Butler, E., Paine, M., Hester, R., (2018) Target Coping Strategies for Interventions Aimed at Maximizing Psychosocial Adjustment in People with Multiple Sclerosis. *International Journal of MS Care* 20(3) 109-119 <https://doi.org/10.7224/1537-2073.2016-008>
- Harris, A., Ursin, H., (2014) Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv | Gammersvik, Å., Larsen, T., (red.) *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s.159-172) Bergen: Fagbokforlaget
- Holland, D., P., Schlüter, D., K., Young, C., A., Mills, R., J., Rog, D., J., Ford, H., L., Orchard, K., (2018) Use of coping strategies in multiple sclerosis: Association with demographic and disease-related characteristics. *Multiple Sclerosis and Related Disorders* 25, 214-222. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.msard.2018.10.016>

- Kristoffersen, N., J., (2011) Stress og mestring. | Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F., Skaug., E., A., (red.) *Grunnleggende sykepleie – Bind 3* (2.utg. s.133-196) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N., J., (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie. | Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F., Skaug, E., A., (red.) *Grunnleggende sykepleie – Bind 1* (2.utg. s.207-280) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N., J., Nortvedt, P., (2011) Relasjonen mellom sykepleier og pasient | Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F., Skaug, E., A., (red.) *Grunnleggende sykepleie – Bind 1* (2.utg. s.83-134) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lode, K., (2016) Mestring | Heggstad, A., K., T., Knutstad, U., (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – sykepleieboken 2* (4.utg. s.40-55) Oslo: Akribe
- Lorefice, L., Fenu, G., Frau, J., Coghe, G., Marrosu, M., G., Cocco, E., (2017) The burden of multiple sclerosis and patients` coping strategies. *BMJ Supportive & Palliative Care* 8(1) 38-40 <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1136/bmjspcare-2017-001324>
- Norsk helseinformatikk (2018, 06.11) *Multipel Sklerose (MS)- en oversikt*. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/multipel-sklerose/multipel-sklerose-oversikt/>
- Norsk helseinformatikk (2018, 07.11) *Ulike former for MS (Multipel Sklerose)*. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/multipel-sklerose/multipel-sklerose-ulike-former/>
- Nortvedt, P., (2012) Rettferdig omsorg? Prioriteringer i helsetjenesten | Nortvedt, P., *Omtanke – en innføring i sykepleiens etikk* (2.utg. s.216-251) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Nowalk, P. (Manusforfatter) & Jackson, M. (Regissør). (2012). – Hope for the Hopeless [Episode fra TV-serie]. | S. Rhimes (Produsent), *Grey`s Anatomy*. Hentet fra: https://greysanatomy.fandom.com/wiki/Hope_for_the_Hopeless
- Pasient og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Renolen, Å., (2015) Helse, stress og mestring | Renolen, Å., *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. (2.utg. s.149-182) Bergen: Fagbokforlaget
- Rommer, P., S., Sühnel, A., König, N., Zettl, U., K., (2017) Coping with multiple sclerosis – the role of social support. *Acta Neurologica Scandinavica* 136(1) 11-16 <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/ane.12673>
- Thideman, I., J., (2017) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten, S., (2016) *Helsepedagogikk: pasient og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget

Vedlegg

Sjekkliste for vurdering av kohortstudie

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN KOHORTSTUDIE

Målgruppe: studenter og helsepersonell
Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanser:

- Guyatt G, Rennie D. User's Guides to the medical literature. A manual for evidence based clinical practice, second edition. JAMA & Archives Journals, AMA Press, 2008.
- Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

Dersom du skal skrive en systematisk oversikt viser vi til Håndboka "Slik oppsummerer vi forskning" (kunnskapsenteret.no)

Kritisk vurdering - kohortstudie, undervisningsbruk

INNLEDENDE SPØRSMÅL			
1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
TIPS: Formålet kan være klart formulert med hensikt på <ul style="list-style-type: none"> Populasjonen som studeres Tilfellet som gis Sammenhengingen som gjøres Ufallene som vurderes 			
2. Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredstillende måte?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
TIPS: <ul style="list-style-type: none"> Var kohorten representativ for en definert befolkningsgruppe? Var det noe spesielt med personene i kohorten? Ble alle personene som hadde vært inkludert tatt med? 			

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

DETALJERTE SPØRSMÅL			
3. Ble eksposisjonen presist målt?	Ja <input type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input checked="" type="checkbox"/>
a) Foreligger det måleskjvhet?			
TIPS: <ul style="list-style-type: none"> Ble det brukt subjektive eller objektive målemetoder? Er målemetoden pålitelige (valide)? Målemetoden var objektiv, foreligger derfor ikke måleskjvhet.			
b) Foreligger det klassifiseringskjvhet?			
TIPS: <ul style="list-style-type: none"> Ble det brukt samme prosedyre for å klassifisere personene til de ulike eksponeringsgruppene? Det ble brukt samme verktøy, derfor ikke klassifiseringskjvhet.			

Kritisk vurdering - kohortstudie, undervisningsbruk

4. Ble utfallet presist målt?	Ja <input type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input checked="" type="checkbox"/>
a) Foreligger det måleskjvhet?			
TIPS: <ul style="list-style-type: none"> Ble det brukt subjektive eller objektive målemetoder? Er målemetoden gyldige (valide)? Verktøyet er objektivt, derfor valid.			
b) Foreligger det klassifiseringskjvhet?			
TIPS: <ul style="list-style-type: none"> Er det etablert et godt system for å fange opp alle sykdomstilfeller? Ble samme målemetode brukt i alle gruppene? Var personene i kohorten og/eller de som vurderes utfallet blindet mht. hvem som var eksponert (- og spiller det noen rolle)? Gruppene var ulike mtp. syk/frisk, men dette var meningen og har ønsket innvirkning på resultatet.			
5. (a) Har forfatterne identifisert alle viktige konfoundere (forvekslingsfaktorer/effektforvekslere) i studiens design og/eller analyse?			
Nåen noen som du tenker er viktig, som ikke er med i studien.			
(b) Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige konfoundere (forvekslingsfaktorer/effektforvekslere) i studiens design og/eller analyse?			
TIPS: <ul style="list-style-type: none"> Se etter restriksjoner i design et, tenk på: for eksempel stratifisering, regresjons- eller sensitivitetsanalyse, som er hensyntatt til korrigere eller justere for konfoundere. Er det andre viktige konfoundere som forfatterne harde tatt hensyn til? 			
6. Ble mange nok av personene i kohorten fulgt opp?			
TIPS: <ul style="list-style-type: none"> Var det få som falt fra? Var frøfaller like fordelt i ulike eksponeringsgrupper? Er det slik at personer som faller fra sluttet seg fra de som ble fulgt opp og analysert i studien? 			

Kritisk vurdering - kohortstudie, undervisningsbruk

7. Ble personene fulgt opp lenge nok?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
TIPS: <ul style="list-style-type: none"> Positive eller negative utfall må ha hatt lang nok tid til å ha oppstått. Forventer du oppfølgingstiden som lang nok? Nok tid til å vise nevneverdige forskjeller.			
HVA FORTELLER RESULTATENE?			
8. Hva er resultatet i denne studien?			
TIPS: <ul style="list-style-type: none"> Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummerer resultatene i en setning? Er det gjort rede for forholdet mellom studien blant de eksponerte/ ikke eksponerte (frasco)? Hvor sterk er assosiasjonen mellom eksposisjon og utfall? 			
9. Hvor presise er resultatene?			
TIPS: <ul style="list-style-type: none"> Se på bredden av konfidensintervaller. 			
10. Tror du på resultatene?			
TIPS: <ul style="list-style-type: none"> Større effekter er vanskeligere å se bort fra? Kan resultatene skyldes skjvhet, tilfeldig fall eller konfundering? Har designen og metodene i studien så mange fall at resultatene ikke kan stoles på? Finnes mot Beudford Hill-kriteriene (f.eks. subrelasjon, dose-respons, biologisk gradient, konsistens)? 			

4

Nasjonalt kunnskapsenter for helsejenseten, 2014.

Kritisk vurdering - kohortstudie, undervisningsbruk

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Vurder om personene i denne studien er annerledes enn personene du forholder deg til i praksis. Er de lokale forholdene forskjellig fra stedet der studien fant sted? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene fra andre tilgjengelige studier?</p>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>13. Hva er implikasjonene av denne studien for praksis?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> En observasjonsstudie gir sjelden tilstrekkelig robust evidens for å anbefale endringer av praksis eller behandlingsstrategier For noen spørsmål kommer den eneste evidensen fra observasjonsstudier Anbefalinger fra observasjonsstudier er alltid sterkere når de får støtte av annen evidens 			

Studien kan omsettes til praksis, men da dette gjelder mestring kan dette variere mellom individer

5
 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

Kritisk vurdering - kohortstudie, undervisningsbruk

UTREGNING AV EFFEKTESTIMATER

	Utfall JA (syk)	Utfall NEI (frisk)
Intervensjon/ Eksposisjon y	a	b
Kontroll/ Ikke eksponert X	c	d

Risiko for utfall:

$Y = a/(a+b)$
 $X = c/(c+d)$

Relativ risiko/Risk Ratio (RR)

Relativ risiko (RR) er ratioen mellom de to risikoen:
 (Risikoen i intervensjonsgruppen delt på risikoen i kontrollgruppen)

$RR = Y/X$

Odds Ratio (OR):

Odds Ratio (OR) er sjansen (oddsen) for et utfall i intervensjonsgruppen dividert med sjansen for det same utfallet i kontrollgruppen.

$OR = (a/b)/(c/d)$

Relative Risk Reduksjon (RRR)

Relativ risikoreduksjon er prosent reduksjon i risiko i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen

$RRR = 1 - RR = 1 - Y/X \times 100 \%$

6
 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL: [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

Kritisk vurdering - prevalensstudie

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

3. Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? <i>TIPS:</i> - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og socio-økonomiske forhold? - Er det gitt rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
4. Ble utvalget, inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? <i>TIPS:</i> - En god studie inkluderer et utvalg som er tilfeldig representativt og definert befolkningsgruppe. Dette sikrer ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - For utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006

Kritisk vurdering - prevalensstudie

5. Er det gjort rede for om respondene skiller seg fra dem som ikke har respondert? <i>TIPS:</i> Både respondenter er frifall i utvalget.	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
6. Er svarprosenten høy nok? <i>TIPS:</i> I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge de fleste svarer ut respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
7. Bruker studien målemetoder som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle? <i>TIPS:</i> Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anerkjent i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
8. Er datainnsamlingen standardisert? <i>TIPS:</i> Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn (f.eks. intervjuer og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, valgfrie metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsen informasjon forkrysning, Likert-skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
9. Er dataanalysen standardisert? <i>TIPS:</i> Analyser skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan " åpne spørsmål " er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006

HVA FORTELLER RESULTATENE?

Kritisk vurdering - prevalensstudie

10. Hva er resultatet i denne studien? <i>TIPS:</i> Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummere resultatene i én setning? Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? Presiserer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater? Er det oppgitt p-verdier?	
--	--

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

11. Kan resultatene overføres til praksis?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier? <i>TIPS:</i> Prevalensstudier gjøres for å behandle en eksisterende teori eller kunnskap. Ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006