



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

**Institutt for sjukepleie og helsefremjande arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 224

Eksamensnamn: SYBA3900

Dato: 16.03.2017

Klasse: SPLGRH143A

Kull: 2014

Antall ord: 9978

MULTIPPEL SKLEROSE OG MEISTRING

Korleis kan du som sjukepleiar fremje meistring hjå ein pasient med nydiagnostisert multippel sklerose?

Dato for innlevering: 16.03.2017

Antall ord: 9978

SAMANDRAG

Bakgrunn for oppgåva:

For mange vil det å få ein kronisk sjukdom opplevast som dramatisk. Hovudfokuset vil ofte vere å starte aktiv medisinsk behandling, men hjå MS-ramma finst det inga kurativ behandling, den første tida vil då for mange kjennast skremmande og usikker. Hensikta med oppgåva er å finne ut korleis sjukepleiarar kan fremje meistring hjå pasientar med multippel sklerose og kva slags meistringsstrategiar som bør nyttast.

Problemstilling:

”Korleis kan du som sjukepleiar fremje meistring hjå ein pasient med nydiagnostisert multippel sklerose?”

Metode:

Litteraturstudie er brukt som metode. Det har blitt innhenta informasjon frå kvalitative og kvantitative forskingsartiklar, for å få eit bilete på korleis det opplevast å bli nydiagnostisert med MS, samstundes er det viktig å sjå på kvantitativ forskning for å få målbare data.

Diskusjon:

Det stridast om det er mogeleg å velje kva for ein meistringsstrategi ein skal bruke. Det er også usemje om ein meistringsstrategi er meir hensiktsmessig å nytte enn ein annan. Fleire aspekt kan gjere det vanskeleg for pasienten når han skal handtere sjukdomen, til dømes at han har fått upresis og utdatert informasjon eller går rundt med falske forhåpningar, mange har også eit svært negativt bilete på sjukdomen frå før.

Resultat:

Ein ser at nydiagnostiserte MS-pasientar nyttar ein kombinasjon av kjenslefokusert- og problemfokuserte meistringsstrategiar. Informasjon og rettleiing har vist seg å vere sentralt rundt diagnosetidspunktet, for at pasienten skal kunne forstå symptom, delta i behandling og handtere til dømes funksjonsnedsettingar.

Nøkkelord:

Meistring, multippel sklerose, sjukepleie, psykososiale konsekvensar, meistringsstrategi, informasjon, rettleiing.

INNHALDSLISTE

1.0 INNLEIING	1
1.1 <i>Problemstilling.</i>	1
1.1.1 Begrunning av problemstilling	1
1.1.2 Avgrensing.	2
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME	3
2.1 <i>Multipel sklerose.</i>	3
2.1.1 Symptom.	3
2.1.2 Typar.	3
2.1.3 Behandling.	4
2.1.4 Nydiagnostisert-MS.	4
2.1.5 Psykososiale konsekvensar.	5
2.2 <i>Sjukepleie.</i>	5
2.3 <i>Sjukepleie til MS-pasientar.</i>	6
2.4. <i>Meistring.</i>	6
2.4.1 Teoretikarar om meistring.	8
2.5 <i>Rettleiing.</i>	8
2.6 <i>Informasjon.</i>	9
2.7 <i>Tverrfagleg samarbeid.</i>	10
2.8 <i>Begrepsavklaring.</i>	10
3.0 METODE	12
3.1 <i>Søkeprosess.</i>	12
3.2 <i>Resultat og funn.</i>	13
3.3 <i>Oppsummering av funn i forskingsartiklane.</i>	17
3.4 <i>Kjeldekritikk.</i>	18
4.0 DRØFTING	19
4.1 <i>Sjukepleiaroppgåve i forhold til meistring.</i>	19
4.1.1 <i>Problemfokusert meistring.</i>	20
4.1.2 <i>Kjenslemessig fokusert meistring.</i>	21
4.1.3 <i>Kva slags meistringsstrategi bør nyttast?</i>	22
4.2 <i>Informasjon og rettleiing til nydiagnostiserte</i>	23
5.0 AVSLUTNING	27
LITTERATURLISTE	28
6.0 VEDLEGG	31

1.0 INNLEIING

Multipel sklerose er ein autoimmun sjukdom som oppstår når immunforsvaret reagerer på og angrip eige vev. Symptoma kan variere frå person til person og frå attack til attack (oppblussningsanfall), avhenging av kvar i sentralnervesystemet inflammasjonen er lokalisert (Espeset, Rektorli, Kristoansen, Solli, Mastad & Almås, 2016). Debut av sjukdomen skjer hyppigast i 20-40 årsalderen og er dobbelt så vanleg hjå kvinner enn menn. I Noreg er prevalensen 70-60 per 100 000, og det er ein insidens på 5-6 per 100 000 innbyggjarar per år. I dag er det omlag 7500 personar som lever med diagnosa MS (Bertelsen, 2011). Det finst inga kurativ behandling for MS. Målet med behandlinga er å redusere varigheita og hyppigheita av sjukdomsattakka og om mogeleg førebyggje ei progressiv utvikling av funksjonssvikta. Tidleg i sjukdomsforløpet er det viktig å vurdere om pasienten har nok kunnskap om MS. Tida rundt diagnosetidspunktet er svært stressande for både pasientar og pårørande. Det er viktig at pasienten får den informasjonen han treng for å få god innsikt i helsetilstanden sin og kva helsehjelp vil innebere (Espeset et al, 2016). Sjukepleiaren sine funksjonar omfattar helsefremjande og førebygging, behandling, lindring, rehabilitering og habilitering, undervisning og rettleiing, organisering, administrasjon og leiing, fagutvikling, kvalitetsutvikling og forskning (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).

I denne bacheloroppgåva har eg tatt føre meg korleis sjukepleiarar kan fremje meistring hjå pasientar med nydiagnostisert MS ved hjelp av informasjon og rettleiing som hovudpunkt. Eg har sett på ulike meistringsstrategiar og kva som er mest nytta hjå nydiagnostiserte pasientar. Eg har tatt føre meg Lazarus og Folkman sine problemfokusert –og kjenslefokusertemeistringsstrategiar, og har i tillegg sett på sjukepleieteoretikarane Benner og Wrubel sitt syn på sjukepleie og meistring.

1.1 Problemstilling.

”Korleis kan du som sjukepleiar fremje meistring hjå ein pasient med nydiagnostisert multipel sklerose?”

1.1.1 Begrunning av problemstilling.

Eg har gjennom praksisperiodar og arbeid ved sidan av studie hatt kontakt med fleire pasientar som er ramma av multipel sklerose. Eg tykkjer det er interessant å undersøkje korleis sjukepleiarar kan vere med på å hjelpe pasientar å meistre det å bli diagnostisert med

ein kronisk sjukdom. Sjukepleiaren si rolle er veldig heilheitleg, og eg tykkjer det er naudsynt å setje lys på viktigheita av god informasjon og rettleiing. Eg meiner det er viktig å sjå på kva slags meistringsstrategiar som blir nytta og kva slags strategiar er mest hensiktsmessige for denne typen pasientar.

1.1.2 Avgrensing.

Som sjukepleiar kan ein møte pasientar med multippel sklerose over alt i helsevesenet. Eg har velt å avgrense problemstillinga mi til pasientane vi møter på ein nevorlogisk poliklinikk, då det er her sjukepleiarar vanlegvis kjem i kontakt med nydiagnostiserte MS-pasientar. Eg har hovudsakleg retta oppgåva mi mot pasientar i aldersgruppa 20-40 år, då dette er den vanlegaste alderen for sjukdomsdebut. Det finst fleire forskjellige meistringsstrategiar og mange teoritarar som har tolka meistring, men eg har velt å bruke sjukepleieteoretikarane Benner og Wrubel som har basert sin teori på Lazarus og Folkman. Sidan eg såg det var deira teoriar som gjekk igjen i dei fleste bøkene eg har nytta. Benner og Wrubel snakkar om sjukepleie veldig flytande, noko som gav problemer med å konkretisere deira syn på sjukepleiaren sin funksjon. I kapittel 2.2 Sjukepleie, har eg då velt å bruke Virginia Henderson sin definisjon på sjukepleiaren sin spesielle funksjon.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

2.1 Multippel sklerose.

Multippel sklerose (MS) er ein demyeliniserane autoimmun kronisk inflammatorisk sjukdom, dette inneber at kroppen sitt eige immunsystem angrip myelinet på ulike stadar i sentralnervesystemet. Myelin dannast av gliaceller og er eit feittlag som isolerar nervebanane (Bertelsen, 2011). Når myelinet blir brote ned, hemmast nerveimpulsen i dei skada nervecellene. Dette fører til at nervesignala går langsamare, går i stå eller blir heilt blokkerte, avhengig av omfanget på skada. (Bertelsen, 2011). Dei motoriske nervecellene formidlar nerveimpulsar frå hjerna og ryggmargen til målceller i ulike organ. Dei organa som styrast av disse cellene kallast effektororgan. Nervesystemet sin kontroll av mange effektororgan, til dømes skjelettmusklane, er avhengige av at dei motoriske nervefibra har intakt myelinskjede (Sand, Sjaastad, Haug, Bjålie, Toverud, 2006). Symptoma på multippel sklerose vil då vere avhengige av myelinskada og variere ut i frå dei ulike stadane som angripast. Dette vil også då variere frå pasient til pasient (Bertelsen, 2011).

2.1.1 Symptom.

I byrjinga får MS-pasientar ofte nevrologiske symptom som kan vere heilt eller delvis forbigåande, til dømes nummenheit, prikking og lammingar i ei arm eller eit bein og tap av muskelkoordinasjon (Bertelsen, 2011). Nokon lever nærmast symptomfrie, medan hjå andre kan sjukdomen gi alvorleg funksjonssvikt. Det første symptomet er ofte synsforstyrningar som skyldast at nerver som går til auget rammast. Dette kan gi dobbeltsyn eller tåkesyn og går ofte tilbake igjen. Andre vanlege symptom er trøytteleik og forstyrningar ved vasslating eller tarmfunksjonen (Nylenna, 2016, 20.09). Demyelinisering av smerte- og berøringsnerver kan gi spontan, berøringsuavhengige smerter til dømes trigeminusnevralgi som opptre hjå omlag 30% av alle MS-ramma. Trigeminusnevralgi artar seg som anfallsvis lynaktig smerte av som varar i nokre få sekund (Bertelsen, 2011).

2.1.2 Typar.

Multippel sklerose klassifiserast i tre hovudgrupper. Relapserande-remitterande (RRMS) eller anfallsvis MS utgjer den største gruppa, heile 80-90% av pasientane har denne typen MS. Dei klassiske kjenneteikna er akutt symptomdebut, såkalla relaps eller anfall, disse går delvis eller heilt tilbake, såkalla remisjon.

Sekundær progressiv MS er ein kronisk progredierande fase av sjukdomen. Omlag 40-60 % av pasientar med RRMS vil utvikle sekundær progressiv MS etter 10-20 år. Det vil då opptre nevrologiske utfall som ikkje går tilbake, til dømes lammingar.

Primær progressiv MS (PPMS), denne typen rammar berre ei lita gruppe pasientar, omlag 10-20%. Pasientar med denne type MS har ofte ei dårlegare langtidsprognose. Denne typen kjenneteiknast ved ein jamn progresjon av symptom frå debut. Det kan ofte vere lengre periodar med stabilt, uendra sjukdomsforlaup (Bertelsen, 2011).

2.1.3 Behandling

Det finst inga kurativ behandling av Multippel sklerose per i dag. Den behandlinga som blir gitt er symptomatisk og vil då avhenge av kva slags plagar pasienten har. Ved akutte alvorlege forverringssymptom blir det behandla rutinemessig med eit glukokortikoid. Denne behandlinga forkortar anfalla, og det er vist at nytilkomne lesjonar i hjerna kan gå tilbake men det er usikkert korleis den langsiktige effekta på sjukdomen er (Bertelsen, 2011).

Immunmodulerande behandling, som betainterferon eller natalizumabm kan vere indisert ved aktiv RRMS og sekundær proressiv MS, men denne behandlinga har ikkje vist effekt hjå pasientar med PPMS. Immunmodulerande behandling er i prinsippet ei livslang behandling, og krev svært nøye oppfølging ved nevrologisk avdeling med høg kompetanse på behandling av MS (Bertelsen, 2011).

2.1.4 Nydiagnostisert-MS

Ei særleg utfordring ved MS er at pasienten ofte får sjukdomen tidleg i livet , lever med den og gradvis opplever forverring av tilstanden (Espeset et al, 2016). Ein ung MS-pasient fortalte at ho på ein måte var ”heldig” fordi ho hadde fått MS som ung vaksen, og derfor tidleg kunne lære å tilpasse seg eit vakse liv på nye vilkår. Ho var overbevist om at det måtte vere spesielt vanskeleg å få sjukdomen i moden alder, fordi ein då allereie hadde vent seg til bestemte livssvilkår, og ville difor ha problem med å tilpasse seg dei store forandringane som sjukdomen medfører (Giersing, 1995).

Ein eldre MS-pasient fortalte at han var glad for at han hadde fått sjukdomen i høg alder, fordi han hadde klart å få mange av godane i livet; ei kone, born, familie, bolig, karriere, ein tilfredsstillande økonomisk situasjon osv. Han meinte at det måtte vere mykje verre å bli sjuk medan han var ung, og før ein hadde ”levd livet” og fått ein vaksen identitet.

Utsegna frå dei to fortel oss at alder kan ha stor betydning for ein sjølv med hensyn til korleis

ein føreheld seg til sin situasjon, men at man ikkje kan seie noko generelt om under kva slags omstendigheiter det er enklast å få ein slik sjukdom (Giersing, 1995)

2.1.5 Psykososiale konsekvensar.

Vi delar inn mennesket sine grunnleggjande behov i fysiske, psykiske, åndelege og seksuelle behov. Psykososiale behov handlar om mennesket si psyke, det vil seie det sjelelege eller mentale. Kronisk sjukdom opplevast for mange som ei krise. Psykososiale behov ved sjukdom tek utgangspunkt i sjukdom som eit opplevd fenomen, det vil seie korleis pasienten opplev å vere sjuk (Stubberud, 2013). Ved akutt og/eller kritisk sjukdom har pasienten behov for å meistre tilverelsen i den situasjonen han befinn seg i. Det kan blant anna innebære å oppleve fråvær av liding, ha motivasjon, tilfredsheit, velvere, å vere orientert og oppleve kontroll over sitt eige liv. Det å oppleve gode relasjonar og eit meningsfylt sosialt engasjement, å få kjenslemessig støtte, å oppleve fråvær av negativt stress og få individuell og målretta sjukepleie (Stubberud, 2013).

2.2 Sjukepleie.

Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleie fortel oss at grunnlaget for all sjukepleie skal vere respekt for den enkelte menneske sitt liv og verdigheit. Sjukepleie skal byggje på barmhjartlegheit, omsorg og respekt for menneskerettigheitene (Norsk sykepleierforbund, 2016). Sjukepleiaren sine overordna mål er å hjelpe den enkelte til å leve ut, eller til å leve i overenstemmelse med, si spesielle sarsak ved sjukdom, tap og liding (Kristoffersen, 2011). Virginia Henderson sitert i Tveiten (2008, s. 23) definerar sjukepleiaren sin spesielle funksjon slik:

Sjukepleiaren sin særeigne funksjon er å hjelpe individet, sjukt eller friskt, i utførelse av dei gjeremål som bidreg til god helse eller helbreiding (eller ein fredfull død), noko han ville ha gjort utan hjelp om han hadde hatt tilstrekkelege krefter, kunnskap og vilje, og å gjere dette på ein slik måte at individet gjenvinner uavhengigheit så raskt som mogeleg.

Patricia Benner og Judith Wrubel baserar sin sjukepleieteori på å hjelpe mennesket å meistre tap, liding og sjukdom med utgangspunkt i det som er viktig for den enkelte, og den meininga den sjølv legg i situasjonen. Behovet for sjukepleie skyldast ei forandring i mennesket sin

livssituasjon, blant anna fordi den ikkje er i stand til å fungere uhemma i den nye situasjonen (Kristoffersen, 2011).

2.3 Sjukepleie til MS-pasientar.

I sjukepleie til pasientar med nevrologiske sjukdomar må sjukepleiaren kunne observere kva slags konsekvensar sjukdomen har for pasienten sine fysiske, psykiske og sosiale behov og vurdere individuelle sjukepleietiltak. Det krevjast også innleving, oppfinnsomheit, tålmod og ikkje minst omsorgsevne (Espeset et al, 2016).

Sjukepleie kan blant anna omfatte observasjon, informasjon, førebygging og handtering av komplikasjonar som kan oppstå som følge av endringar i helsesituasjonen. Sjukepleiaren kan ta føre seg ei heilheitleg vurdering av situasjonen, og rettleie og hjelpe den MS-ramma med det målet for auge å leve best mogleg med sjukdomen og funksjonshemminga og vere mest mogleg sjølvhjelpen (Giersing, 1995). Sjukepleiaren vil også ha ein viktig funksjon når det gjeld å førebyggje at sterkt bevegelseshemma MS-pasientar utviklar decubitus (Giersing, 1995). Som sjukepleiar kjem ein stadig i kontakt med kronisk sjuke menneske, som i vårt helsevesen er ei vaksande pasientgruppe. Både på sjukehus og institusjon er sjukepleiarane i kontakt med pasienten det meste av døgnet og har då i oppgåve å bidra til meistring av sjukdomsstress (Hanssen, 2001). Kronisk sjuke opplev ofte tilbakefall, dette kan vere med å truge opplevinga av samanheng. I forbindelse med tilbakefall har dei ofte kontakt med helsevesenet, og då er det viktig korleis dei vert møtt. Sjukepleiarar kan formidle kunnskap, forståing, håp og støtte dei i overgangane mellom fasane slik at dei kan kome seg vidare (Heggedal, 2003). Ved nydiagnostisert MS må det settast av tilstrekkeleg med tid til å informere pasienten om diagnosa, sjukdomen og behandling (Espeset et al, 2016).

2.4. Meistring.

Meistring beskriv korleis individet forholder seg til og løyser ein situasjon eller ei hending som medfører mistrivsel, ubehag eller trugsel mot eins integritet (Håkonsen, 2014).

Ved alvorleg sjukdom vil eins oppleving av sjukdomen pregast av kven ein sjølv er, korleis personane rundt ein reagerar og av ei rekkje andre faktorar i notid og fortid (Eide & Eide, 2007). Håkonsen viser til Lazarus og Folkman (1984) som skil mellom to hovuedformar for meistring; problemfokusert meistring og kjenslemessig fokusert meistring.

Problemfokusert meistring inneber at individet fokuserar på den aktuelle situasjonen og søker å endre, avslutte eller løyse det som er vanskeleg eller problemet med situasjonen (Håkonsen,

2014). Problemfoksert meistring kan også vere å bearbeide sin egne kjenslemessige reaksjonar i forbindelse med ein situasjon som er vanskeleg eller ein situasjon som ikkje lar seg endre. Problemfoksert meistring som fungerer godt, resulterer i at trugselen sjukepleiaren kjenner i situasjonen, blir mindre fordi ein gjer noko direkte med det som skapar stress (Kalfoss, 2016).

Kjenslemessig fokusert meistring inneber at individet fokuserar på dei kjenslemessige problema knytt til ein situasjon eller ei hending, og søker å redusere eller eliminere det kjenslemessige ubehaget for å endre på situasjonen (Håkonsen, 2014). Av og til kan kjenslefokusert meistring virke som ein slags unnvikelsesmanøver der ein forsøker å styre unna vanskelege situasjonar og dermed sine egne vanskelege kjensler. Nokre kjenslefokuserte meistringsstrategiar kan føre til psykisk og fysisk skade. Dette gjeld til dømes ynskjetenking, det å late som ingenting har skjedd, å førebu seg på det verste, tilbaketrekking, distansering eller stenge seg av for kjensler slik at ein i liten grad har kontakt med seg sjølv og eige liv (Kalfoss, 2016).

Det å fokusere på individet si meistring, meistringsmoglegheiter og på meistringshjelp kan betraktast som ein ressursorientert strategi. Sjølv om meistring vektleggjast, er det viktig å ikkje gløyme at pasientar, klientar og pårørande også ha problem som dei treng hjelp til å løyse, eller i gitte situasjonar faktisk treng at nokon løyser dei for dei. Det er alltid lett "å gå frå den eine grøfta til den andre" men det gjeld å "halde seg på vegen", eller finne "den gyldne middelveg". Når hensikta med sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon er at individet utviklar seg, lærer og aukar livskvaliteten sin er det meningsfylt å fokusere på meistring.

Sjukepleiaren sin meistringshjelp kan innebere å leggje til rette for at individet oppdagar egne moglegheiter og trur på dei (Tveiten, 2008).

Meistringskompetanse handlar om kompetanse til å meistre. Mennesket må ha kunnskap, innsikt, forståing, "riktige" haldningar, verdiar og innstillingar samt ferdigheiter på ulike plan for å ha meistringskompetanse. Skal sjukepleiaren leggje til rette for at pasienten si meistringskompetanse utviklast eller kanskje vidareutviklast, må sjukepleiaren vurdere behov i forhold til mange aspekt. Kva slags ferdigheiter har pasienten behov for å utvikle? Kva slags kunnskap er naudsynt? Kva slags haldningar er hensiktsmessige og kva meiner pasienten sjølv? (Tveiten, 2008).

2.4.1 Teoretikarar om meistring.

Richard Lazarus og Susan Folkman (1984) definerar meistring som det å kunne vurdere den situasjonen ein er i, kognitivt og så vurdere kva slags moglegheiter den gir. Dei beskriv betydninga av å tru på kontroll i ein situasjon. Då både situasjonsbestemt kontroll og generell kontroll blir sett på som viktig for meistring. Overført til ein sjukepleiar-pasient-situasjon kan vi førestille oss at meistringshjelp kan innebere å leggje til rette for at pasienten erkjenner at han har kontroll i ein gitt situasjon (Tveiten, 2008). Lazarus og Folkman skil som sagt mellom problemfokustert meistring og kjenslemessig fokustert meistring. Teoretikarane hevdar at det er viktig å velje ein meistringsstrategi som passar til situasjonen, og at feil val av meistringsstrategi kan kunne forverre situasjonen betydeleg (Eide & Eide, 2007).

Patricia Benner og Judith Wrubel sitt syn på stress og meistring er basert på synspunkt hjå Lazarus og Folkman. Benner og Wrubel meiner at sjukepleiaren må tilnærma seg pasienten sin situasjon på ein heilheitleg måte og ta utgangspunkt i pasienten si oppleving av denne situasjonen (Kristoffersen, 2011). I sjukepleieteoretikarane si forståing av stress og meistring ser dei på moglegheitene til å meistre ein belastande situasjon er vesentleg begrensa. Mennesket står ikkje fritt til å velje alle moglege meistringsstrategiar, fordi ei rekkje strategiar vil vere lite aktuelle ut frå den meininga som tileggjast i situasjonen (Kristoffersen, 2011). Meistring kjem an på personen si vurdering av hans eller hennar tilpassing til konteksten (Heggedal, 2003).

2.5 Rettleiing.

Å leggje til rette for at meistringskompetansen styrkast, kan innebere både undervisning, informasjon, instruksjon og rådgiving, dette kan vere for å få den andre rettleibar og å møte den andre der han er, men rettleiing i seg sjølv er likevel forskjellig frå disse metodane. Rettleiing er ei pedagogisk verksemd, og hensikta er at meistringskompetansen styrkast gjennom oppdaging og læring. Ein rettleiar skal ikkje først og fremst ”gi svar”, men hjelpe den andre til å sjølv finne svar. Det å finne svar sjølv kan vere med på å bidra til ei oppleving av meistring (Tveiten, 2008).

Med helserettleiing meinast ein samansett pedagogisk, fagleg og kommunikativ prosess der hensikta er å bidra til læring og meistring i helse- og sjukdomsrelaterte livssituasjonar. Helserettleiing er ein prosess som skal hjelpe pasientar og pårørande til å meistre ein helse- og sjukdomsrelatert situasjon. Ei rettleiande haldning forutset dialog, der rettleiaren tek utgangspunkt i den andre si oppleving og forståing (Christiansen, 2013).

Som yrkesgruppe har sjukepleiarar ein lang tradisjon for å imøtekome behov for informasjon og rettleiing hjå pasientar og pårørande. Sjukepleiaren underviser og støttar pasienten i daglege aktivitetar for å fremje velvære, helse og eigenomsorg. I nyare sjukepleielitteratur understrekast betydninga av sjukepleiaren si undervisning og rettleiing, særleg til kronisk sjuke (Christiansen, 2013). Støtte som pedagogisk metode blir ofte kombinert med rettleiing. Det å støtte ein annan inneber at sjukepleiaren engasjerar seg og deltek i personen sin anstrengelse for å nå eit mål (Kristoffersen, 2011).

2.6 Informasjon.

I ordbøker definerast informasjon som opplysning eller underretning. Slik ordet definerast, kan det tolkast hovudsakleg som einvegs formidling av fakta eller opplysningar. Brukt i denne samanhengen er det få situasjonar i sjukepleiepraksis kor informasjon åleine er ein relevant tilnæringsmåte. Uansett kor snevert eller vidt ein definerar begrepet informasjon, er informasjon svært viktig (Tveiten, 2008).

Informasjon skal vere tilpassa mottakarens individuelle forutsetningar, som alder, modenheit, erfaring, kultur- og språkbakgrunn. Informasjon skal giast på ein hensynsfull måte. Helsepersonellet skal så langt som mogeleg sikre seg at pasienten har forstått innhaldet og betydningane av opplysningane (Christiansen, 2013). Ved nydiagnostisert MS må det settast av tilstrekkeleg med tid til å informere pasienten om diagnosa, sjukdomen og behandling. Både lege og sjukepleiar som har ansvar for å informere pasienten. Dei fleste pasientane kan motta ei begrensa mengd informasjon i den første tida og treng tid til å bearbeide informasjonen i sitt eige tempo (Espeset et al, 2016). Uansett om ein arbeider i spesialist- eller kommunehelsetjenesta, må ein vite korleis ein kan forholde seg til pasientar og pårørande slik at dei kan knytte informasjon og kunnskap til eigen livssituasjon. Informasjon til sjuke menneske og deira pårørande er med andre ord noko man tilpassar den andre sine premisser. Det stillast særigne krav til overveielser knytt til mottaklegheit for informasjon, kva slags informasjon, korleis den skal formidlast, når i eit forlaup, og i kva samheng (Christiansen, 2013). Satinovic viser til ei studie av kommunikasjon mellom personar med MS-diagnose og helsetjenesta av Thorne, Con, McGuinness, McPherson og Harris (2003). Det var tre ulike forhold personane var opptekne av: Strategiar som hjelper med å meistre frykt er blant anna tidsriktig og relevant og presis informasjon og planlagde møter og oppfølging. Det å halde igjen informasjon, hale ut informasjon og bruke alt for optimistisk kommunikasjon hjelp lite i

forhold til frykt (Satinovic, 2008). Det som hjelper for å handtere sjukdomen er blant anna støtte og informasjon, og lett tilgang til helsetjenesten og fagekspertisen. Det å oppleve at ein er åleine med sjukdomen sin, å få upresis og utdatert informasjon, å ha problem med å få kontakt med medisinsk ekspertise, å ha falske forhåpningar og å tru på at medisinen har alle svara hjelp lite når ein skal ta ansvar for handtering av sjukdomen (Satinovic, 2008).

Satinovic viser også til ei studie av pasientinformasjon og meistringsstilar blant norske pasientar av Lode et al (2007) som fann at 43,2 % av 93 nyleg diagnostiserte pasientar var misnøgd eller veldig misnøgd med informasjonen dei fekk på diagnosetidspunktet (Satinovic, 2008) Mangel på informasjon kan gi utryggheit og usikkerheit og auka lidning. Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få ei innsikt i helsetilstanden sin og innhaldet i helsehjelpa han eller ho mottek. (Pasient-og brukerrettighetsloven, 2016). Reduksjon av stress og depresjon vil fremje pasienten si mottakelegheit for bearbeidelse av informasjon god evne til samhandling med helsepersonell. Godt tilrettelagt individualisert informasjon kan ha god effekt på pasientar sin depresjon, angst og stress (Sørli & Bervik, 2013).

2.7 Tverrfagleg samarbeid.

Tverrfagleg samarbeid er ei form for teamarbeid som arbeidar for å få ei heilheitleg tilnærming til pasienten sin situasjon. Når det blir tatt utgangspunkt i ei felles problemforståing og eit felles mål, utviklast det ein konkret handlingsplan, der dei enkelte deltakarane i yrkesgruppene saman bidreg til å utforme tiltaka. Yrkesgruppene skal påverke kvarandre og forsterke kvarandre sine tiltak. Samarbeid mellom ulike faggrupper er ikkje eit mål i seg sjølv, men noko som utløysast av eit behov for å ha eit fleir-eller tverrfagleg perspektiv på ein konkret pasientsituasjon. Ei felles avklaring av målet for behandlinga og for pleie og omsorg er derfor vesentleg. Det forventast at tverrfagleg samarbeid gir eit betre resultat enn om kvar av yrkesgruppene løyser sine deloppgåver kvar for seg. Sjølv om kvar enkelt av yrkesgruppene har spesialiserte funksjonar, er det svært viktig at alle som samarbeider, er eining om dei overordna måla for pasienten (Kristoffersen, 2011).

2.8 Begrepsavklaring.

Resiliens betegnar ei type motstandsevne, som seigheit, robustheit, styrkje, uthaldenheit og ukuligheit og knyttast til ein type positiv meistring eller meistringsevne (Kristoffersen, 2011). Kristoffersen viser til Albert Bandura (1997,1994) som knytt begrepet "self-efficacy" til

personens si meistringsevne (Kristoffersen, 2011). Tveiten (2008) oversett self-efficacy til meistringstilltt. Begrepet går igjen i fleire av forskingsartiklane eg har funne. Vi kan forstå begrepet som ei evne til å vurdere eigne moglegheiter for å nå eit mål, eller det å sjå og tru på eigne moglegheiter og ressursar. Self-efficacy viser til at trua på eiga meistringsevne blir avgjerande for korleis ein person tenkjer, opplever og handlar i konkrete situasjonar (Kristoffersen, 2011).

3.0 METODE

Metode er med på å fortelle oss noko om korleis vi bør gå fram for å skaffe eller etterprøve kunnskap. Val av metode grunngiast ved at eg meiner at den vi gi meg dei data eg treng for å belyse problemstillinga på ein fagleg interessant måte. Eg har nytta litteraturstudie som metode der eg brukar andre sin teori og forskning (Dalland, 2012). Eg har søkt etter både kvantitative og kvalitative artiklar som var relevant for mi problemstilling. Dei kvantitative metodane har som fordel at den gir data i form av målbare einheiten. Tala gir oss moglegheiter til å foreta rekneoperasjonar, anten vi til dømes ynskjer å finne gjennomsnittleg inntekt i ei befolkning eller kor stor prosent av befolkninga som er avhengig av sosialhjelp. Dei kvalitative metodane siktar på å fange opp ei meining og oppleving som ikkje kan talfestast eller målast (Dalland, 2012). Ved å bruke både kvantitative og kvalitative artiklar gir det oss eit bilete på korleis personar med MS opplev å ha sjukdomen, samstundes kan eg kan sjå på andre artiklar som målbar data.

3.1 Søkeprosess.

Gjennom min søkeprosess har eg for det meste brukt databasa Medline, men eg har også søkt etter artiklar på databasa Cinahl. Eg endte opp med å bruke berre artiklar frå Medline. Søkjeorda som blei mest nytta var Multiple sclerosis, nursing, nurses role og coping. Etter kvart såg eg at ordet "self-efficacy" gjekk igjen i ein del artiklar og byrja å bruke det også i søkeprosessen. Når eg søkte etter artiklar prøvde eg hovudsakleg å sjå etter skandinaviske forskingsartiklar. Eg leita også etter forskning som var sjukepleiefokusert. Etter eit kjapt Google-søk fant eg ut at sjukepleiaren Kristen Lode hadde vore med å skrive fleire forskingsartiklar om MS og meistring. To av desse fant eg heldigvis på Medline. Det viste seg å ikkje vere så veldig mange skandinaviske, sjukepleiefokuserte forskingsartiklar om meistring og multippel sklerose. Eg valte då og ta med ein artikkel frå Australia som eg tykte passa bra, fordi den belyste korleis problemfokuset -og kjenslefokuserte meistringsstrategiar hjå nydiagnostiserte MS-pasientar hang saman med angst og depresjon. Denne artikkelen har eg også velt å bruke fordi den berre er to år gamal, den viser norske artiklar om MS og meistring som eg også har brukt. Dei andre forskingsartiklane eg har brukt har også referert til kvarandre. Gjennom søkeprosessen min val eg bort artiklar som var frå til dømes Iran og Tyrkia, då helsesystemet deira er for ulikt vårt eige. Eg har også prøvd å velje artiklar som er nyare enn 15 år gamle. For å sikre meg at alle artikkelane eg har nytta er fagfelleverdert har eg

velt å bruke bere artklar eg har funne i Medline, sidan alle artklane der er fagfelleverdert.

3.2 Resultat og funn.

Artikkel 1:

Isaksson, A-K. & Ahlström, G. (2006). From symptom to diagnosis: illness experiences of Multiple Sclerosis patients. *Journal of Neuroscience nursing*, Aug 2006 (38). Side 229-237.

Hensikt: Målet med studia var å få fram pasientane sin kunnskap om MS før dei blei diagnostisert. Det blei også sett på sjukdomsopplevinga deira knytt til dei fyrste symptoma og diagnosa.

Metode: Kvalitativ metode. Pasientane blei plukka ut av eit lokalt MS-register i Sverige. Det hadde gått minimum 6 månadar sida dei hadde fått diagnosa og den øvre grensa var 15 år sidan diagnosa var satt. Til saman blei det intervjuet 61 pasientar. Det vart stilt opne spørsmål og alle pasientane vart stilt dei same spørsmåla. Dei aller fleste intervjuet blei gjort i pasienten sin heim. Alle intervjuet blei transkribert ordrett, med uttrykk for kjensler (Isaksson & Ahlström, 2006).

Funn: Sjukepleiaren må vite korleis pasientar kan reagere på dei første symptoma og diagnosa. Sjukepleiaren må også vurdere pasientane sitt nivå av forkunnskap og forståing om MS, slik at dei kan forstå pasientane sine kjensler og reaksjonar i forbindelse med diagnose og kan bruke passende meistringsstrategi (Isaksson & Ahlström, 2006).

Mange av pasientane frå studia visste om personar med MS, nokon hadde pleia pasientar med MS som helsepersonell og nokre hadde MS i familien. Dei fleste nemnte ein rullestol når dei blei spurt om kva dei viste om MS før dei blei diagnostisert. Somme pasientar forklarte at det å sitje i ein rullestol betydde å ikkje kunne gjere noko, vere utruleg sjuk, å vere funksjonshemma, at ein ligg totalt stille, at ein ikkje klarar å bevege seg og då seinare døyr. Det at dei kjente til personar med MS forandra ikkje deira skremmande syn på sjukdomen (Isaksson & Ahlström, 2006). Sjølv om det var mange som hadde eit negativt syn på sjukdomen, var det også fleire som hadde kunnskap om sjukdomen og som visste at symptoma kunne vere milde. Somme forklarte at dei hadde sett pasientar som var veldig sjuke, men samstundes hadde ei sterk vilje til å leve og hadde relativt god livskvalitet. Det blei forklart at dei visste om personar som sat i rullestol, men likevel virka glade og sterke, og

at dei hadde et godt liv til tross for MS-diagnosa. Av dei med familie-erfaring, hadde dei fleste dette synet på sjukdomen (Isaksson & Ahlström, 2006).

Opplevinga av å få informasjon om diagnosa var ein stor del av intervjuet. Opplevingane var blanda, somme opplevde sjokk, angst, frykt og tap av håp. Andre opplevde sorg, sinne og tap av identitet, men det var også pasientar som opplevde ei form for lettelse sidan diagnosa forklarte dei merkelege symptoma dei hadde opplevd. Resultatet av denne studia viser at opplevinga av dei første symptoma på MS og diagnosa involverer kjenslemessig bekymring. Det er viktig å tenke over at dei nydiagnostiserte pasientane eller dei som har mistenkt MS, kan ha eit svært negativt syn på sjukdomen og det er då enda viktigare å gi god informasjon. Sjukepleiaren burde ikkje ta for gitt at pasientane kan anta at sjukdomen kan vere mild. Det er viktig å skape ei tillitsfullt forhold basert på truverdige informasjon. Pasientane i studia opplevde at helsepersonell utanfor nevrologiske klinikkar hadde lite kunnskap om MS og at dette var kjelde til frustrasjon. Sjukepleiarar og anna helsepersonell må forstå og erkjenne at å få ei slik diagnose er eit stort traume for pasientar og at dei treng støtte i forhold til det (Isaksson & Ahlström, 2006).

Kjeldekritikk: Denne studia har sine begrensningar sidan den var basert på bere eit intervju per pasient, sjølv om pasientgruppa var stor. Artikkelen blir også begrensa sidan den er basert på minner. For å få ei betre forståing på pasientane sine meistringsstrategiar burde pasientane ha blitt intervjuja fleire gongar og over tid.

Artikkel 2:

Lode, K., Bru, E., G., Myhr, K.M., Nyland, H. & Larsen J.P. (2010). *Coping with multiple sclerosis: A 5-year follow-up study*. Acta. Neurologica Scandinavica: 2010: 122: Side 336-342

Hensikt: Hensikta med studia var å undersøke korleis meistringsmetodar hjå pasientar med multippel sklerose endrar seg i løpet av 5 år.

Metode: Kvantitativ metode. 76 MS-pasientar og 94 friske kontrollørar var inkludert i studia. Det blei også henta ut informasjon om uførepensjon. Det blei gjort ei nevrologisk undersking og dei vart gitt eit spørjeskjema om som omhandla meistring, her blei det brukt COPE-scale (Norsk-versjon), eit vidareutvikla instrument basert på Lazarus og Folkman sin "The Way of Coping Scale". Studia blei gjort i Hordaland og Rogaland (Lode et al, 2010).

Funn: I tida etter diagnosa prøvar pasientar å finne ut kva slags personlege konsekvensar MS kjem ha for livet deira. Pasientane vel å bruke ein meistringsstrategi som dei føler er mest hensiktsmessig for å fjerne seg frå den stressande situasjonen. Grada av tilpassing eller evna til å tilpasse seg sjølv til å ha ein sjukdom ser ut til å variere ut i frå forskjellige meistringsstrategiar. Samanlikna med friske kontrollørar, brukte MS pasientar betydeleg mindre problemfokuserte meistringsstrategiar, inkludert planlegging, tilbakehalden meistring og søkte mindre sosial støtte til instrumentale årsakar. Pasientane brukte mindre kjenslefokuserte meistringsstrategiar der dei søkte sosial støtte for kjenslemessige årsakar med fokus på å snakke ut om kjensler og positiv nytolking av situasjonen deira. Helsepersonell bør stimulere pasientane til å gjenvinne sjølvkontroll, og gjere dei merksemde på det positive i deira livssituasjon. På denne måten vil ein kunne hjelpe dei med å utvikle ei aktiv handtering av utfordringane i yrkeslivet (Lode et al, 2010)

Kjeldekritikk: I denne studia blei det ikkje bere fokusert på korleis meistringsstrategiar hjå MS-pasientar endra seg over tid, men også på korleis det var assosiert med uførepensjon. Informasjon om uførepensjon har eg velt å ikkje bruke då det ikkje er hensiktsmessig i forhold til mi problemstilling. I studia var det ein fråfallsprosent på 10,8% som kan ha hatt påverknad på resultatane. Låg svarprosent hjå friske kontrollørar (42,7 %) var også noko som kan ha begrensa studia, sjølv om gruppa framleis passa til studie gruppa sine mål om kjønn og alder.

Artikkel 3:

Tan-Kristanto, S. & Kiropoulos. L. A. (2015). *Resilience, self-efficacy, coping styles and depressive and anxiety symptoms in those newly diagnosed with multiple sclerosis*. Psychology, Health & Medicine. Vol. 20, No 6. : Side 635-645.

Hensikt: Det har blitt rapportert at mange med multippel sklerose har hatt symptom på depresjon og angst. Målet med studia var å finne ut korleis resiliens, self-efficacy og meistring påverka sannsynet for å at nyleg diagnostiserte MS-pasientar utvikla depresjon eller angst. Studia undersøkte forbindelsane mellom resiliens, self-efficacy og meistring og depresjon- og angst- symptom. (Tan-Kristanto & Kiropoulos, 2015).

Metode: Kvantitativ metode. Denne studia blei gjort i Australia og deltakarane var 129

pasientar , 12 menn og 117 kvinner med MS. Dei fleste hadde relapserande remitterande MS. Gjennomsnittsalderen på deltakrane var 38,41 år og dei hadde alle fått diagnosa innan dei fire siste åra (Tan-Kristanto & Kiropoulos, 2015).

Funn: Funna i studia viser at resiliens, unngåelse og kjenslefokuserte meistringsstrategiar aukar sannsynet for symptom på depresjon og angst hjå personar med nyleg diagnostisert MS. Angstsymptom var sterkt knytt til grad av funksjonshemming, jobbstatus, self-efficacy, resiliens og kjenslemessig fokusert- og unngåelse- meistringsstrategiar (Tan-Kristanto & Kriopoulos, 2015). Symptom på depresjon og angst hadde ein klar samanheng med mindre bruk av problemfokuserte meistringsstrategiar, og meir bruk av unngåelse og kjenslefokuserte meistringsstrategiar. Samstundes var unngåelse-meistringsstrategiar som forneking og humor betydeleg knytt til forutsjåande symptom på angst (Tan-Kristanto & Kiropoulos, 2015).

Kjeldekritikk: Eg stiller meg kritisk bak at det ikkje var nokon form for verifisering av at dei som tok den elektroniske spørjeundersøkinga hadde MS. Det bør merkast at denne studia blei reklamert for på MS-forum og i nyheitsbrev. Det kan også bli argumentert for at menneske som er deprimerte og engstelige om det å ha MS har større sannsyn for å bruke meir tid på disse elektroniske spørjeskjema og kan vere overrepresentert i denne studia.

Artikkel 4:

Lode, K., Bru, E., Klevan, G., Myhr, KM., Nyland, H. & Larsen, JP. (2009). *Depressive symptoms and coping in newly diagnoses patients with multiple sclerosis*. Multiple Sclerosis 2009 ; 15: Side 638-643.

Hensikt: Målet med studia var å samanlikne meistring hjå nydiagnostiserte MS-pasientar med friske kontrollørar. Samstundes såg dei på samanhengen mellom depressive symptom og pasientane sine meistringsstrategiar (Lode et al, 2009).

Metode: Kvantitativ metode. Eit utval av 86 nyleg diagnostiserte MS-pasientar og 93 friske kontrollørar gjennomførte eit spørjeskjema der dei vurderte meistringsstrategiar og depressive symptom. Hjå deltakarane var det maksimalt 4 år sidan dei hadde fått diagnosa, og var då sett på som nyleg diagnostisert (Lode et al, 2009).

Funn: I denne studia kom dei fram til at pasientar med nyleg dignostisert MS brukte mindre

meistringstrategiar som er viktige for tilpassing til stressande situasjonar enn friske kontrollørar. Pasientane hadde meir depressive symptom og depresjon såg ut til å fremme unngåelsesstrategiar som innebar at pasientane unngikk situasjonar der dei blei utsett for stress. MS-pasientane brukte aktive meistringstrategiar mindre enn friske, dei brukte også mindre kjenslefokuserte meistringstrategiar som ikkje sikta mot å endre situasjonen deira, men heller å gi den ei ny mening. Denne passive meistringstrategien kan forklarast ved at nydiagnostiserte, som har fått ein kronisk sjukdom der det ikkje finst ein kur, oppfatta ein slik situasjon som stressande og at ingenting kan gjerast.

Problemfokuserte meistringstrategiar er generelt meir nytta i situasjonar der det er noko som kan endrast. Mangelen på kontroll over den kroniske sjukdomen blei relatert til meir unngåelse og kjenslefokuserte meistringstrategiar hjå kronisk sjuke. Resultata i studia viser at pasientar som har fått MS brukte både mindre problemfokuserert og kjenslefokuserte strategiar som igjen kan føre til auka belastningar på deira daglege liv (Lode et al, 2009). Informasjon og kunnskap om sjukdomen gitt av helsepersonell kan hjelpe pasientar til å forstå og fortsette med meir aktiv meistring. Ei viktig oppgåve for helsepersonellet er å endre korleis kronisk sjuke pasientar vurderar stress-situasjonar og effektiviseringa av meistringa deira. Helsepersonellet skal også vidare hjelpe pasienten til å rekonstruere situasjonen til at dei kan forstå at det er moglegheit for endring, dette har betydning for korleis dei kan leve med sjukdomen sin (Lode et al, 2009).

Kjeldekritikk: Dette er ei tverrsnittstudie og kausal inferens kan ikkje bli brukt som metode for å fastslå relasjonen mellom funna i studia. Det var til dømes ikkje mogeleg å avgjere om samanhengen funnet mellom unngåelse-meistring og depressive symptom reflekterte at deprimerte pasientar brukte meir unngåelse-strategiar. Ein kunne heller ikkje sjå om deprimerte pasientar som lente seg meir på unngåelse-strategiar rapporterte depressive symptom. Eg stiller meg også kritisk til at det kan det vere ei moglegheit for begrepsmessig overlapping mellom unngåelse-meistring og depressive symptom. Ei anna begrensing i studia var den låge svarscoren på dei friske kontrollørane (42,7%).

3.3 Oppsummering av funn i forskingsartiklane.

MS-pasientar hadde blanda kjensler i forbindelse med diagnosa, som sjokk, angst, frykt og tap av håp. Andre tykte det var ei form for lettelse og at det var ei forklaring på symptoma. Resultata viser at dei første symptoma førte kjenslemessig bekymring. Mange hadde eit

negativt bilete på sjukdomen frå før, riktig informasjon er då svært viktig. Det er ikkje eit sjølvfølge at pasientar veit at sjukdomen kan vere mild (Isaksson & Alström, 2006). Evna til å tilpasse seg til ein sjukdom varierar ut frå meistringsstrategiar. MS-pasientar brukte mindre problemfokuserte meistringsstrategiar enn friske kontrollørar. Pasientane brukte også mindre kjenslefokuserte meistringsstrategiar der dei søkte støtte og positiv nytolking av situasjonen sin enn dei friske kontrollørane. Helsepersonell bør leggje til rette for å gjennvinning av sjølvkontroll som igjen kan føre til at dei aktivt tek del i utfordringar i yrkeslivet (Lode et al, 2010). Forsking viste at symptom på depresjon og angst hjå nydiagnostiserte MS-pasientar hang saman med mindre bruk av problemfokuserte meistringsstrategiar, og meir bruk av kjenslefokuserte meistringsstrategiar og unngåelsesstrategiar. Unngåelse strategiar som fornektning og humor var av stor betydning for å kunne forutsjå symptom på angst (Tan-Kristanto & Kiropoulos, 2015). Problemfokuserte meistringsstrategiar blir meir nytta i situasjonar der det er moglegheit for endring. Manglande kontroll over sjukdomen blei knytt saman med unngåelse og kjenslefokuserte meistringsstrategiar. Forsking viser MS-pasientar brukte mindre problemfokuserte og kjenslefokuserte strategiar enn friske kontrollørar, dette fører til auka belastningar på livet deira. For å fremje aktiv meistring er det naudsynt med kunnskap og informasjon gitt av helsepersonell. Helsepersonell skal bidra til å endre bilete kronisk sjuke har på stressande situasjonar og effektivisere meistring (Lode et al, 2009).

3.4 Kjeldekritikk.

For å setje lys på korleis forskjellige MS-pasientar har opplevd å få diagnosa MS, har eg velt å bruke Gierseng (1995). Sjølv om denne boka er ein del eldre enn dei andre bøkene eg har nytta, tykkjer eg innhaldet framleis er sentralt. Dette er ei bok som eg opplever som eit svært nyttig hjelpemiddel til å setje ord på korleis sjukdomen opplevast den første tida etter diagnosa er satt. Ei anna eldre bok eg har velt å bruke er Gjengedal & Hanestad (2001), den har som hensikt å gi eit situasjonsbilete av korleis ulike grupper kronisk sjuke opplev å takle dagleglivet og kva erfaringar dei har gjort seg i møte med helsevesenet. I denne boka har eg tatt utgangspunkt i kapitela om stress og meistring og dei som beskriv korleis det er å leve med MS.

Espeset et al(2016) er eit kapittel frå ei bok eg har brukt mykje, eg tykkjer den beskriv godt sjukepleiaren sine oppgåver i tillegg er den gitt ut i 2016. Tveiten (2008) er ei bok som set lys på sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon som er svært viktig med tanke på informasjon og rettleiing.

4.0 DRØFTING

Sjølv om mykje er opp til pasienten sjølv, må det understrekast at valet av meistringsåttferd i vanskelege livssituasjonar ofte forutsett hjelp og støtte frå andre menneske, anten disse er familie, gode vener, naboar eller i nokre tilfelle også hjelp frå det profesjonelle hjelpeapparatet (Kristoffersen, 2011). Det er svært viktig at sjukepleiaren legg vekt på å utnytte dei ressursane pasienten og dei nærmaste pårørande har, dette kan vere med å styrkje håpet og optimismen i kvardagen. Hovudfokuset den første tida etter å ha fått ein kronisk sjukdom er ofte aktiv medisinsk behandling, men hjå MS finst det inga kurativ behandling. Dette medfører at målet med den medisinske behandlinga omfattar sjukdomsmodifiserande behandling som forsinkar sjukdomsutviklinga og symptomatisk behandling som skal gi betre livskvalitet (Espeset et al, 2016).

Det å få diagnosa multippel sklerose skapar angst og fortviling og opplevast ofte som dramatisk, fordi mange forbind sjukdomen med å bli lenka til ein rullestol. Framtida kan for mange virke usikker og skremmande. Kognitive funksjonar som hukommelse, uthaldheit og tiltakslust påverkast også av depresjon, noko som omlag 50% av MS-pasientar er ramma av (Espeset et al, 2016). Det er viktig å fokusere på måten pasienten handterer dei psykiske reaksjonane sine på det å få ein kronisk sjukdom og hugse at vidare i behandlingssløpet skal målet vere at pasienten oppnår eigenomsorg og meistringsevne over eiga rehabilitering og om mogeleg førebyggje forverring eller tilbakefall av sin sjukdomstilstand (Espeset et al, 2016). Kva er egentleg god meistring? Det finnast ingen gode genrelle svar på (Eide & Eide, 2007). For å kunne bidra til meistring av sjukdomsstress hjå nydiagnostiserte er det naudsynt at sjukepleiaren har kunnskap om stress og meistring (Hanssen, 2001). Målet med behandlinga er at pasienten skal oppnå best mogelege resultat av den behandlinga han får og ha eit liv som han opplever som meiningsfylt (Espeset et al, 2016).

4.1 Sjukepleiaroppgåve i forhold til meistring.

Når ein skal leggje til rette for at meistringskompetansen kan styrkast kan det innebere undervisning, instruksjon og rådgiving. Sjukepleiaren si oppgåve er ikkje først og fremst å ”gi svar” men å hjelpe pasienten sjølv å finne svar. Dette kan i seg sjølv vere med på å bidra til ei oppleving av meistring (Tveiten, 2008). Korleis pasienten opplev å få ein alvorleg sjukdom er avhengig av kven pasienten sjølv er og korleis dei nærmaste rundt ein reagerar. (Eide & Eide,

2007). For somme er den første tida etter å ha fått diagnosa MS eit kaos av kjensler. Mange opplev sjokk, angst, sorg eller sinne, medan andre reagere r meir stillferdig og avventande, utan å ha nokon førhandsforventingar til sjukdomen (Giersing, 1995). Det er sjukepleiaren si oppgåve å møte pasienten med tillit og tiltru til deira evne til å meistre (Tveiten, 2008). Meistring inneber å forhalde seg hensiktsmessig til situasjonen og eigne reaksjonar. Dette kan vere å prøve å få kontroll på kjenslene, få betre forståing for situasjonen eller få eit praktisk begrep om kva som må gjerast for at sjukdomen skal vere minst mogleg belastande (Eide & Eide, 2007). Det er tradisjon i sjukepleia å ikkje skilje mellom kropp og sjel ved sjukdom, men å ha ein heilheitleg forståing av mennesket som person. Fysiske og psykososiale komponentar påverkar kvarandre og verkar saman som ei heilheit i det enkelte menneske. Somatisk sjukdom påverkar pasienten sine psykososiale behov og omvendt. Psykologiske faktorar hjå pasienten kan påverke pasienten sine ressursar til å meistre pasientrolla og korleis sjukepleiaren klarar å tilfredsstille pasienten sine psykososiale behov (Stubberud, 2013).

Teoretikarane Lazarus og Folkman skil mellom problemfokusert- og kjenslemessig fokusert meistring. Dei hevdar at dersom ein vel feil meistringstrategi kan det forverre tilstanden betydeleg (Eide & Eide, 2007). Samstundes meiner sjukepleiarteoretikarane Benner og Wrubel at mennesket ikkje står fritt til å velje kva meistringsstrategi dei skal nytte. I ein kvar situasjon vil mange meistringsstrategiar vere utenkjelege for dei som er involvert. Dei meiner at det er svært mange måtar å "sjå verda på" etter å ha opplevd alvorleg sjukdom, tap og sorg. Men at det i ettertid aldri er mogleg å sjå verda på nøyaktig same måte som før den alvorlege hendinga skjedde (Kristoffersen, 2011). Benner og Wrubel meiner at dersom sjukepleiaren greier å forstå kva meining pasienten sjølv legg i situasjonen og kva personleg sak han meiner er truga, kan det få klarlagt korleis pasienten ser på evnene til å meistre situasjonen (Kristoffersen, 2011). Lode et al (2009) meiner at meistringsstrategiar held seg stabile over tid dersom det ikkje blir sett inn tiltak for å endre dei. Dersom ein brukar meistringsstrategiar som er utilstrekkelege, bør pasienten få hjelp til å meistre situasjonen sin annleis.

4.1.1 Problemfokusert meistring.

Ei studie frå Australia viste at symptom på angst og depresjon hang saman med mindre bruk av problemfokuserte meistringsstrategiar, og då meir bruk av kjenslefokusert meistring. Disse resultata hang tett saman med tidlegare forskning på nydiagnostiserte MS-pasientar. Tan-Kristanto & Kiropoulos viser til Lode et al (2010) der dei kom fram til at nydiagnostiserte MS-pasientar brukte mindre problemfokusert meistring og meir kjenslefokuseret meistring

som ”lufting av kjensler” og unngåelsesstrategiar enn dei friske kontrollørane. Resultata her antyder at psykologiske intervensjonar burde fokusere på problemfokusert meistring og resiliens hjå pasientar med nyleg diagnostisert MS (Tan-Kristanto & Kiropoulos, 2015). Ei norsk studie frå 2009 viste at pasientar med nyleg diagnostisert MS brukte mindre meistringsstrategiar som var viktige for tilpassing til situasjonar som var stressande enn friske (Lode et al, 2009). Problemfokusert meistring inneber at pasienten fokuserar på den aktuelle situasjonen og søker å forandre, avslutte eller løyse problem knytt til situasjonen (Håkonsen, 2014). Den passive meistringsstrategien som blei nytta i den norske studia kan forklarast ved å få ein kronisk sjukdom som MS, der det ikkje er ein kur, blir oppfatta som svært stressande og at pasienten føler at det er ingenting som kan gjerast. Problemfokusert meistringsstrategiar blir oftast nytta dersom det er noko som kan endrast. Manglande kontroll over sjukdomen blei knytt til unngåelse og kjenslefokuserte meistringsstrategiar. Studia viste at MS-pasientar brukte lite av både kjenslefokusert-og problemfokuserte meistringsstrategiar, som igjen aukar belastningar på dagleglivet deira (Lode et al, 2009). Dersom ein pasient nyttar den problemfokuserte meistringsstrategien, reduserast stressopplevinga ved å identifisere det som utløyser stresset, for å deretter prøve å finne løysingar for å fjerne stressutløysaren. Løysinga her kan vere å førebyggja at stressande situasjonar oppstår, eller forandre opplevinga pasienten har til stresset for å meistre det betre. Meistringsstrategiar pasienten nyttar, vil vere å søkje informasjon og støtte, finne ei konkret løysing på problemet eller identifisere alternative mål i sin livssituasjon (Stubberud, 2013). Forsking viser også at problemfokuserte meistringsstrategiar, der pasientar handlar opp mot ein stressande situasjon, kan assosierast med betre tilpassing. Dette forutset at situasjonen er mogleg å endre på (Lode et al, 2010). Ein kan sjølvsgt ikkje endre på at pasienten har fått MS, men dersom pasienten nyttar ein problemfokusert meistringsstrategi kan det vere nyttig å identifisere kva som utløyser stress hjå pasienten. Dersom det er tanken på å ha fått MS som utløyser stress kan ein som sjukepleiar prøve å endre på opplevinga pasienten har i forhold til diagnosa.

4.1.2 Kjenslemessig fokusert meistring.

Kjenslemessig fokusert meistring handlar om at pasienten fokuserar på dei kjenslemessige problema knytt til situasjonen. Her forsøker pasienten å redusere eller fjerne det kjenslemessige ubehaget utan å endre sjølv situasjonen (Håkonsen, 2014).

Studia frå Australia viste at kjenslefokuserte meistringsstrategiar auka sannsynet for å utvikle symptom på depresjon og angst. Disse angstsymptoma hang saman med grad av

funksjonshemming, jobbstatus, self-efficacy, resiliens og at pasientane brukte strategiar for å unngå problemet (Tan-Kristanto & Kripoulos, 2015). Self-efficacy handlar om trua på eiga meistringsevne, noko som er viktig for korleis pasienten tenkjer, opplev og handlar i den vanskelige situasjonen (Kristoffersen, 2011). I ei svensk studie kom det fram at urealistisk positiv tenking ikkje bidreg til å tilpasse seg ein nyoppdaga kronisk sjukdom, men på ei anna side så har det vist seg å forbetre deira mentale helse dersom dei tenkjer positivt om framtida (Isaksson & Alström, 2006). Kjenslefokuserte meistringsstrategiar regulerer kjensler og er til ei viss grad vurdert til å vere nyttig i tilpassingsprosessen til å få multippel sklerose.

Unngåelse-strategiar er relatert til dårlegare tilpassing til ein kronisk sjukdom og til å få MS. Kjenslefokuserte meistring- og unngåelsesstrategiar er ofte brukt når kjelda til stress er uklar, og når det er mangel på kunnskap samstundes som individet gjer lite for å kvitte seg med stresset (Lode et al 2010). I følge den svenske studia opplevde nydiagnostiserte MS-pasientar at diagnosa fører til kjenslemessig bekymring (Isaksson & Alström, 2006). Stubberud (2013) meiner at i situasjonar der ein ikkje kan fjerne opplevinga av stress kan ein kjenslemessig fokusert meistringsstrategi vere hensiktsmessig ved at pasienten finn løysningar for å kunne leve med og halde ut faktorar som utløyser stress. Pasientar kan ta i bruk forsvarsmekanismar som projeksjon og benekting av realitetar. Lazarus og Folkman beskriv disse strategiane som emosjonell avreagering. For at pasienten skal akseptere den stressande situasjonen må han også akseptere situasjonen som han er i. Det vil seie at pasienten må akseptere at den stressande situasjonen, i dette tilfelle å få ein kronisk sjukdom, ikkje er noko som kan endrast (Stubberud, 2013).

4.1.3 Kva slags meistringsstrategi bør nyttast?

Gjennom forskinga kan vi sjå at mange MS-pasientar brukar ein kombinasjon av kjenslefokusert- og problemfokusert meistringsstrategiar. Vidare ser ein at kjenslefokuserte strategiar kan vere meir stabile ovanfor ulike hendingar enn problemfokusert meistring, som ser ut til å vere meir kopla til ei spesiell hending. I følge Lazarus og Folkman er ingen meistringsstrategiar betre enn andre, men dei meiner det er problematisk dersom ein brukar problemfokuserte meistringsstrategiar når situasjonen ikkje kan endras eller kontrollerast og dersom ein brukar kjenslefokusert meistring når ein situasjon kan endrast eller kontrollerast (Hanssen, 2001). Forsking viser at nydiagnostiserte MS-pasientar brukar begge meistringsstrategiane og i tillegg brukar nokon unngåelsesstrategiar og benekting. Kjenslefokusert meistringsstrategiar kan for ei kortare tid vere ei nyttig meistringsform som

hjelp pasienten å handtere ein overveldande truget. På denne måten kan det gi pasienten tid på å finne ein annan måte å meistre situasjonen på (Kalfoss, 2016).

Dersom pasienten brukar unngåelsesstrategiar og benekting, kan sjukepleiaren hjelpe pasienten å akseptere situasjonen han har kome i ved å realitetsorientere. Her kjem man inn på sjukepleiaren si rolle ved informasjon og rettleiing.

4.2 Informasjon og rettleiing til nydiagnostiserte

Nydiagnostiserte MS-pasientar treng eit tverrfagleg team med dyktige sjukepleiarar, fysioterapeutar, ergoterapeutar og psykologar, der fokuset deira bør vere å forbetre problemfokustert meistring gjennom stressmeistring og læring (Lode, et al 2009).

Eit tverrfagleg team i den polikliniske oppfølginga er heilt naudsynt for å kunne gi pasientane eit tilbod som er tilpassa deira behov. Sjukepleiaren skal vere den som har ”det å leve med MS” perspektivet i denne kontakta, slik at dei kan oppnå betre meistring og livskvalitet. (Wammen Nortvedt, 2001) Tida rundt diagnosa er svært stressande for både pasientar og pårørande. Mange vil ha god nytte av eit informasjonskurs, gjerne saman med nære pårørande og andre MS-pasientar. Dei siste åra ha det blitt heldt fleire slike kurs på nevrologiske avdelingar og rehabiliteringsinstitusjonar (Espeset et al 2016).

Som sjukepleiar har ein ansvar for at pasientar og pårørande får den informasjonen og dei ynskjer og har behov for. Ein skal også leggje til rette for medverknad (Tveiten, 2008).

Det er viktig med tidleg og grunnleggjande informasjon og rådgjeving som skal tilpassast den enkelte pasient og fortrinnsvis gis med pårørande til stades. Diagnosa kan kome som eit sjokk, og mange pasientar reagerar med ein krise- og sorgreaksjon, slik at det er viktig med tett oppfølging og eit godt forhold mellom pasient og helse- og sosialpersonell.

Pasientinformasjon er av sentral betydning for sjukdomsutviklinga, for at pasienten skal kunne forstå og møte dei ulike symptoma, for å delta aktiv ved nye, krevjande behandlingsformer og for å kunne handtere funksjonsnedsettingar (Satinovic, 2008). Forsking viste at kvaliteten på informasjonen gitt av helsepersonell på diagnosetidspunktet hang saman med meistringsnivna og problem relatert til å leve med multippel sklerose (Lode et al, 2009). Informasjon er viktig for at pasienten skal kunne oppleve forutsigbarheit, ha kontroll over kor lenge den stressande situasjonen varar og kunne gjere ei kognitiv evaluering av situasjonen sin. Informasjon kan hjelpe pasienten å meistre rolla som pasient (Stubberud, 2013). Pasienten har også krav på informasjon om behandlingstiltak om ”kva vi gjer” og ”kvifor vi gjer det” (Pasient-og Brukerrettighetsloven, 2001). Opplevinga av å få god informasjon på diagnosetidspunktet kan

bidra til at pasienten i mindre grad brukar uhensiktsmessige og i større grad tek i bruk problemløysande meistringsstrategiar for å handtere situasjonen sin (Espeset et al, 2016).

Ein MS-sjukepleiar kan ta hand om det praktiske i forbindelse med behandlinga, som til dømes informasjon om legemiddelet sin verknad og biverknad, samt handtering av problem som pasienten treng tid og praktisk øving for å meistre. Erfaring har vist at MS-sjukepleiarane si oppfølging og tilgjengelegheit er svært viktig for at pasienten skal føle seg trygg og meistre terapianbefalingane (Espeset et al, 2016).

Som sjukepleiar er det viktig at ein ikkje tek for gitt at pasientar veit at sjukdomen kan vere mild. Nydiagnostiserte MS-pasientar i Sverige forklarte at det å få den kroniske sjukdomen handla om å ende opp i rullestol og vere funksjonshemma og til slutt døy av sjukdomen. Til og med personar som hadde god kjennskap til andre med MS forklarte at dette var noko dei knytte til sjukdomen (Isaksson & Ahlström, 2006). For å kunne evaluere situasjonen sin kognitivt, det vil seie hensikta og meininga med stresset med å vere kronisk sjuk, treng pasienten informasjon om kva som er årsaka til dømes smerter, ubehag og manglande fysiske funksjonar. Denne informasjonen kan vere med på å avdramatisere fantasiar og førestillingar og dempe angsten for det ukjente pasienten står ovanfor, og hjelpe vedkomande å meistre opplevinga betre (Stubberud, 2013).

Ved å skape eit forhold basert på truverdig informasjon kan ein vinne tillita til pasienten (Isaksson & Alström, 2006). For å skape tillit er det viktig at pasienten opplev engasjement frå sjukepleiaren si side. Ved å formidle interesse for pasienten vil sjukepleiaren få den naudsynte kjennskapen til korleis pasienten opplev situasjonen sin (Kristoffersen, 2011). Det at pasienten blir møtt med empati kan gi han opplevinga av å bli forstått, verdsett og tatt på alvor og få stadfesta og aksept for eigne opplevingar og kjensler (Tveiten, 2008).

Som sjukepleiar er det viktig å forstå og erkjenne det at ein får diagnosa MS kan vere eit stort traume for mange, og at dei treng støtte i forhold til det. Det er viktig at også helsepersonell som har kontakt med MS-pasientar utanfor nevrologiske klinikkar har kunnskap om den kroniske sjukdomen (Isaksson & Alström, 2006).

Pasientar med nyleg diagnostisert MS i Sverige hadde blanda opplevingar på å det å få den kroniske sjukdomen, men det som gjekk igjen var sjokk, angst og tap av håp. Somme meinte at det å få ei slik diagnose var ei lettelse sidan det ga svar på kvifor dei hadde dei symptoma dei hadde hatt. Det var også pasientar som opplevde sorg, sinne og tap av identitet (Isaksson

& Alström). Reaksjon på ei sjokkarta nyheit vil ofte vere ulike formar for forsvar, ein erkjenner ikkje nødvendigvis kva som har skjedd. Her er behovet for omsorg og tryggleik stort, sjølv om pasienten kan virke forhandsvis uberørt. Sjukepleiaren skal gi rom for utløp for dei reaksjonane og tankane pasienten måtte ha. Når ein pasient er i ein sjokkreaksjon og forsvaret aktiverast, gjer det at dei ikkje greier å oppfatte informasjonen adekvat (Eide & Eide, 2007). Mange greier bere å motta ei begrensa mengd med informasjon i byrjinga, her må det setjast tid til at pasientane kan få bearbeide informasjonen (Espeset et al, 2016). Sjukepleiaren skal så langt det lar seg gjere sikre seg at pasienten har forstått innhaldet i den informasjonen som er gitt (Christiansen, 2013). I sjølve samtalen er det svært viktig at sjukepleiaren ikkje pressar i nokon retningar, men at pasienten får utløp for sine tankar og kjensler. Det vil naturlegvis ofte vere spørsmål og problem av naturleg art, som det er viktig at sjukepleiaren har eit ope øyre for (Eide & Eide, 2007).

Sjukepleieteoretikarane Patricia Benner og Judith Wrubel meiner at sjukepleiarar bør sjå på pasienten sin situasjon på ein heilheitleg måte, og på denne måten ta utgangspunkt i pasienten si oppleving av situasjonen (Kristoffersen, 2011). Sjukepleiaren skal forhalde seg til korleis pasienten opplev sin situasjon og må sjå sjukdomen i samanheng med livssituasjonen til pasienten og ikkje ut i frå biologiske og kjemiske prosessar (Stubberud, 2013). For å gjere pasienten merksame på det positive i deira livssituasjon bør helsepersonell stimulere til å gjenvinne sjølvkontroll (Lode et al, 2010). Det er fleire ting som kan gjere det utfordrande for pasienten når han får ansvar for å handtere sjukdomen. Dette kan til dømes vere at pasienten har fått upresis og utdatert informasjon eller at ein går rundt med falske forhåpningar og trur at medisinen har alle svara. Det kan også vere vanskeleg dersom ein opplev at ein er åleine med sjukdomen, her kan sjukepleiaren legge til rette for å gi lettast mogleg tilgang til helsetjeneste og fagekspertise (Satinovic, 2008). Sjukepleiaren kan til dømes minne pasienten på å skrive ei hugseliste med spørsmål som han ynskjer å få svar på neste gang han skal snakke med legen dersom det er noko sjukepleiaren sjølv ikkje kan svare på. Det er også viktig å minne pasienten på at det ikkje er farleg å spørje om akkurat det han lurar på eller spørje om det same fleire gongar (Stubberud, 2013).

Gjennom rettleiing blir det gitt hjelp til sjølvhjelp. Rettleiinga skal ha som mål og hensikt å setje i gang ein utviklingsprosess hjå den som får rettleiing. Utviklinga kan vere knytt til bevisstgjerjing av pasienten sine eigne verdiar og til bearbeiding av nye kunnskapar og nye ferdigheiter slik at dei blir pasienten sine eigne (Kristoffersen, 2011). Sjukepleiaren skal

retteleie pasienten slik at pasienten nyttar egne ressursar slik at meistringskompetansen aukar (Tveiten, 2009). Ein kan også tenkje på at målet med rettleiinga er å bidra til at pasienten utviklar sjølvstendigheit og ansvarlegheit og lærer å handtere utfordringar i sitt eige liv, framfor at helsepersonell skal fortelje han korleis og gi han svara (Kristoffersen, 2011). Undervisning og rettleiing blir mest vellykka dersom pasienten er motivert og klar for å lære. Til dømes bør ein ikkje byrje å fortelje om eit omfattande opplæringsprogram rett etter diagnosa er sett (dersom det ikkje er medisinsk påkrevd), sidan pasienten då ofte er full av bekymring og angst (Espeset, 2016). Det å få ein kronisk sjukdom som multippel sklerose er ein ny, ukjent og skremmande situasjon for mange. Dette kan føre til at pasienten manglar både motivasjon og tru på sin eigen evne til å meistre den. Sjukepleiaren har ei viktig rolle som støttespelar. Støtte kan gi pasienten den tryggleiken og styrkje motivasjonen til å gjennomføre beslutningar og utføre handlingar som opplevast som krevjande (Kristoffersen, 2011). Forsking viser at når ein skal gi tilstrekkeleg med støtte for den individuelle MS-pasienten, er det viktig å erkjenne pasienten si sårbarheit med tanke på kjenslemessig bekymring rundt dei første symptoma og diagnosa (Isaksson & Alström, 2006). På ei anna side handlar ikkje rettleiing berre om ein samtale om noko. Rettleiing skal også legge til rette for å føle, slik at ein blir bevisst. Det er først når ein er bevisst, man kan gjere noko for å få til ei endring. Det å leggje til rette for at pasienten skal føle, inneber det at pasienten set ord på kjenslene sine. Ofte er det tilstrekkeleg å spørje om kva kjensler erfaringa og situasjonen framkalla (Tveiten, 2008). Det er viktig å hugse på at rettleiing per definisjon er retta mot å bidra til å styrkje pasienten si sjølvstendigheit og meistringsevne (Kristoffersen, 2011). Hjø nyleg diagnostiserte MS-pasientar bør sjukepleiaren ha som mål å styrkje meistringsevna og pasientar med MS prøve å ta tilbake kontrollen av livet sitt med den nye sjukdomen. Forsking viser også at helsepersonell burde hjelpe MS-pasientar til å sjå på den nye livssituasjonen sin som kontrollerbar og at det handlar om korleis dei vel å leve livet sitt med sjukdomen. Det er også spesielt viktig å oppmuntre pasientane til å jobbe med tapet og prøve å finne ei ny mening i livet (Lode et al, 2009).

5.0 AVSLUTNING

For at sjukepleiaren skal kunne hjelpe ein pasient med nydiagnostisert MS og meistre den nye livssituasjonen sin er det viktig å finne ut korleis pasienten sjølv opplev å få ein kronisk sjukdom. Meistring i seg sjølv inneber å handle hensiktsmessig ut frå egne reaksjonar. Sjukepleiaren skal fremje meistring for å gjere at tida etter pasienten har fått diagnosa blir minst mogeleg belastande.

Det stridast om det er mogeleg for pasienten sjølv å velje kva slags meistringsstrategi ein skal nytte og om sjukepleiaren kan ha innverknad i kva slags meistringsstrategi som blir brukt. Både problemfokuserte- og kjenslemessig fokusert meistringsstrategiar har sine fordelar og ulempar. Forsking viste at depresjonar og angst hang saman med lite bruk av problemfokuserert meistring og meir bruk av kjenslefokusert meistring. Ein pasient som tek i bruk problemfokuserert meistringsstrategi treng hjelp til å finne løysingar på problemet eller fjerne det som utløyer stress. Forsking viser også at problemfokuserert meistring kan knyttast til betre tilpassing, men det forutset at situasjonen kan endrast på. Sjukepleiaren kan ikkje nødvendigvis hjelpe pasienten med å fjerne det som utløyer stresset, men heller hjelpe han med å forandre opplevinga han har til situasjonen for å meistre den. Her kan sjukepleiaren bidra med sin kunnskap om korleis det kan vere å leve med multippel sklerose og kanskje hjelpe han å identifisere alternative mål i sin livssituasjon fram for å finne i løysing på problemet. Men det kjem igjen an på korleis pasienten føreheld seg til å få MS.

Kjenslefokusert meistring blir mykje brukt når kjelda til stress ikkje er tydeleg eller pasienten manglar kunnskap. Forsking viste at å få diagnosa førte til kjenslemessig uro. For å akseptere den stressande situasjonen må pasienten akseptere situasjonen og at å få ein kronisk sjukdom ikkje kan endrast. Sjukepleiarar på nevrologiske poliklinikkar har saman med legen eit ansvar for å informere og rettleie pasienten. Tverrfagleg team er sentralt for å kunne gi pasientane eit samansatt tilbod tilpassa den enkelte. Svært mange har eit skremmande syn på MS, og sjukepleiaren kan ikkje ta for gitt at pasienten veit at sjukdomen kan vere mild. For mange er kjem diagnosa som eit sjokk og sjukepleiar har ansvar for at pasientar og pårørande får den informasjonen dei har krav på, samstundes leggje til rette for medverknad. Rettleinga skal ha som hensikt å styrkje pasienten si meistringsevne, og setje i gang ein utviklingsprosess som handlar om bevisstgjerjing av verdiar og til bearbeiding av ny kunnskap.

LITTERATURLISTE

- Bertelsen, A. K., (2011). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn., J. Mjell & E. Bach-Gransmo (red.) *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christiansen, B., (red.). (2013). *Helseveiledning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O., (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Espeset, K., Rektorli, L., Kristiansen, A. G., Solli, E. M., Mastad, V., & Almås, H. (2016). Sykepleie ved nevrologiske sykdommer. I D-G., Stubberud, R., Grønseth., & H. Almås. (red.) *Klinisk sykepleie* (Bind 2). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Giersing, U., (1995). *Jeg har fått MS : å leve med kronisk sykdom*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Hanssen, T. A. (2001). Stress og mestring. I E. Gjengedal & B. R. Hanestad. (red.) *Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Heggedal, K., (2003). *Kroppskunnskap. En grunnleggende prosess for mestring*. Bergen: Institutt for samfunnsmedisinske fag, seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen.
- Håkonsen, M. K., (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Isaksson, A-K. & Ahlström, G., (2006). From symptom to diagnosis: illness experiences of Multiple Sclerosis patients. *Journal of Neuroscience nursing*, Aug 2006 (38). Side 229-237.
- Kalfoss, M. H., (2016). Møte med lindrende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv. I D-G., Stubberud, R., Grønseth., & H. Almås. (red.) *Klinisk sykepleie* (Bind 2). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red.) (2011). *Grunnleggende sykepleie*.

Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar. (Bind 1.) Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N., (2011). Den myndige pasienten. I N. Kristoffersen., F. Nortvedt. & E-A. Skaug. (red.) *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener og livsutfordringer.* (Bind 3.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N., (2011). Stress og mestring. I N. Kristoffersen., F. Nortvedt. & E-A. Skaug. (red.) *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener og livsutfordringer.* (Bind 3.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N., (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. Kristoffersen., F. Nortvedt. & E-A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie. Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar.* (Bind 1.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lode, K., Bru, E., G., Myhr, KM., Nyland, H. & Larsen JP., (2010). *Coping with multiple sclerosis: A 5-year follow-up study.* Acta. Neurologica Scandinavica: 2010: 122: Side 336-342.

Lode, K., Bru, E., Klevan, G., Myhr, KM., Nyland, H. & Larsen, JP., (2009). *Depressive symptoms and coping in newly diagnoses patients with multiple sclerosis.* Multiple Sclerosis 2009 ; 15: Side 638-643.

Norsk sykepleieforbund (NSF). (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.* Henta frå: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Nylenna, M. 2016, 20.09. *Multippel sklerose (MS).* Helsebiblioteket.no Henta frå: <http://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/nevrologi/multippel-sklerose-ms>

Pasient-og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient og brukerrettigheter.* Henta frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., Bjålie, J. G. & Toverud, K. C. (2006). *Menneskekroppen: Fysiologi og anatomi.* (2. Utg.). Oslo. Gyldendal akademisk.

Satinovic, M., (2008). *Omlegging av livskurs. En grunnleggende prosess i et godt liv med*

multippel sklerose. (Avhandling for graden doctor rerum politicarum (dr. Polit.). Universitetet i Bergen.

Stubberud, D-G., (red.) (2013). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sjukdom*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Sørli, T. & Bergvik, S. (2013). Pasientinformasjon i sykehus med særlig vekt på ivaretagelse av engstelige og bekymrede pasienter. I B. Christiansen. (Red.), *Helseveiledning*. (s. 83). Oslo: Gyldendal akademisk.

Tan-Kristanto, S. & Kiropoulos. L. A., (2015). *Resilience, self-efficacy, coping styles and depressive and anxiety symptoms in those newly diagnosed with multiple sclerosis*. Psychology, Health & Medicine. Vol. 20, No 6. : Side 635-645.

Tveiten, S., (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*.(2.utg). Bergen: Fagbokforlaget.

Wammen Nortvedt, M., (2001). Individualisert undervisning og veiledning: Mennesker med multippel sklerose og deres møte med helsevesenet. I E. Gjengedal., & R. Rokne Hanestad (red.). *Å leve med kronisk sykdom: En varig kursendring*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.

6.0 VEDLEGG

Artikkel	År	Forfattar	Database	Søkeord	Treff	Avgrensingar
From symptom to diagnosis: Illness experiences of multiple sclerosis patients	2006	Isaksson, A-K. & Ahlström, G.	Medline	- Multiple sclerosis (Explode) - Nursing (Explode) -Experiences (Keyword)	27	-English language
Coping with multiple sclerosis: A 5-year follow-up study.	2010	Lode, K., Bru, E., Klevan, G., Myhr, K. M., Nyland, H., & Larsen, J. P.	Medline	- Coping with multiple sclerosis (Keyword)	16	
Resilience, self-efficacy, coping styles and depressive and anxiety symptoms in those newly diagnosed with multiple sclerosis.	2015	Tan-Kristanto, S., & Kiropoulos, L. A.	Medline	- Multiple sclerosis (Explode) - Newly diagnosed (Keyword) -Coping (Keyword)	5	

Depressive symptoms and coping with newly diagnosed patients with multiple sclerosis	2009	Lode, K., Bru, E., Klevan, G., Myhr, K. M., Nyland, H., & Larsen, J. P.	Medline	-Multiple sclerosis (Explode) - Coping (Keyword) -Depression (Keyword)	59	
--	------	---	---------	--	----	--