



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Bachelor i sykepleie

4BACH kull 2010 - 2013

**Line Therese Finstad og Linda Christin Forberg**

Veileder Else Berit Steinseth

## **Kroppskunnskaping og sykepleie**

## **Embodied knowledge and nursing**

Antall ord i besvarelsen: 13499

Bachelor i sykepleie, kull BASY2010

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

***”Jeg tar det som det kommer. Tar en dag av gangen, passer meg og setter meg ned og hviler, og så begynner jeg litt igjen. Slik er det. Jeg kjenner hva jeg greier. En dag greier jeg ikke gå bort til naboen, men da ser jeg om det går neste dag.” (K.L)***

(Sisert Heggdal, 2008)

## **Sammendrag**

**Tittel:** Anvende kroppskunnskaping som helsefremmende prosess for at pasienten med ulcerøs kolitt skal oppleve mestring.

**Formål:** Å finne ut hvordan kronisk sykdom, som ulcerøs kolitt, påvirker pasientens livsutfoldelse og hvordan sykepleieren kan benytte kroppskunnskaping for at pasienten skal oppnå mestring av sykdom.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier med utgangspunkt i kroppskunnskaping bidra til at pasienter med ulcerøs kolitt opplever mestring?

**Metode:** Litteraturstudium

**Hovedkonklusjoner:** Å leve med kronisk sykdom som ulcerøs kolitt påvirker mennesket både fysisk, psykisk og sosialt (Helse og omsorgsdepartementet, 1999).

For å hjelpe pasienten å se sine ressurser fremfor sine begrensninger, kan sykepleieren benytte kroppskunnskaping som helsefremmende prosess. Med denne prosessen kan pasienten tilegne seg kunnskap om egen kropp, slik at han oppnår kontroll og mestring av sykdommen.

Underveis i denne prosessen må sykepleieren vise omsorg og støtte, samt ha en veiledende og undervisende funksjon ved bruk av dialog (Heggdal, 2008).

## **Innholdsfortegnelse**

<b>Sammendrag.....</b>	<b>s.3</b>
<b>1 Innledning.....</b>	<b>s. 6-9</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	s. 6-7
1.2 Presentasjon og avgrensing av problemstilling.....	s.7-8
1.3 Oppgavens oppbygging.....	s. 8-9
<b>2 Metode .....</b>	<b>s. 10-19</b>
2.1 Valg og begrunnelse for vitenskapsteori og metode.....	s. 10-11
2.2 Litteraturstudie .....	s. 11-12
2.3 Litteratursøk.....	s. 12-14
2.4 Valg av litteratur.....	s. 14-15
2.5 Valg av forskningslitteratur.....	s. 16
2.6 Kildekritikk.....	s. 17-19
2.7 Etske overveielser.....	s. 19
<b>3 Teoretisk referanseramme.....</b>	<b>s. 20-26</b>
3.1 Ulcerøs kolitt .....	s. 20
3.2 Kronisk sykdom.....	s. 21
3.3 Å leve med kronisk sykdom .....	s. 21-23
3.4 Stress og mestring.....	s. 23-25
3.5 Aaron Antonovskys salutogenesemodell.....	s. 25-26
<b>4 Kroppskunnskaping; En grunnleggende prosess.....</b>	<b>s. 27-32</b>
4.1 Sykepleierens funksjon.....	s. 27
4.2 Kroppskunnskaping.....	s. 28-29
4.3 Kroppskunnskaping; en helsefremmende prosess .....	s. 29-30

4.4 Faser i kroppskunnskaping .....	s. 30-31
4.5 Dialog.....	s. 31-32
<b>5 Drøfting: Kroppskunnskaping og sykepleie.....</b>	<b>s. 33-46</b>
5.1 Sykepleierens møte med pasienten som ikke mestrer sykdom.....	s. 36-40
5.2 Hvordan kan sykepleieren bidra til at pasienten mestrer sin sykdom?.....	s. 40-46
<b>6 Konklusjon.....</b>	<b>s. 47</b>
<b>7 Litteraturliste.....</b>	<b>s. 48-51</b>
<b>Vedlegg 1.....</b>	<b>s. 52</b>

## **1 Innledning**

Dette er en bacheloroppgave i sykepleie. I oppgaven fokuserer vi på hvordan sykepleieren kan veilede pasienten med ulcerøs kolitt slik at han best mulig kan mestre å leve med sykdommen. For å bidra til å fremme mestring anvender vi kroppskunnskaping som en helsefremmende prosess. Vi har erfaringer med at pasienter med ulcerøs kolitt kan få for lite oppfølging i forhold til de fysiske, psykiske og sosiale påkjenningene de står ovenfor. Vi mener at denne oppfølgingen kan være viktig for å kunne leve best mulig med sykdommen. Formålet med oppgaven er å belyse hvordan det er å leve med kronisk sykdom, med utgangspunkt i ulcerøs kolitt, og hvordan man kan bidra til å fremme mestring. For å oppnå dette anvender vi kroppskunnskaping, men i tillegg underbygger vi oppgaven på Benner og Wrubels omsorgsteori, og Aaron Antonovskys salutogenesemodell.

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Vi ønsker å fokusere på pasienter som lever med den kroniske sykdommen ulcerøs kolitt. En grunn til dette er at begge har praksiserfaring fra en mage- og tarmavdeling på sykehus hvor vi har møtt mange med denne lidelsen, og vi har funnet dette temaet veldig interessant. Sykdommen forekommer oftere i Norden enn i forhold til resten av verden (Ørn, Mjell & Bach-Gansmo, 2011), og i Norge er det 600 nye tilfeller hvert år, og cirka 3 av 1000 mennesker har sykdommen (Heggdal, 2008). Derfor er det store muligheter for at vi vil møte på disse pasientene som fremtidige sykepleiere.

Kronisk sykdom generelt rammer stadig flere og studier viser at kronisk sykdom er i framvekst og er det mest alvorlige helseproblemet vi har i samfunnet vårt. Verdens helseorganisasjons beregninger i 1996 viste at i 2020 vil 3/4 av all sykdom dreie seg om kroniske lidelser (Heggdal, 2008). Disse beregningene ser ut til å stemme da kroniske sykdommer i 2011, ut ifra statistisk sentralbyrå, stod for 77% av all sykdom i Europa (referert i Hjemås & Vold, 2011).

Hovedfokuset til helsevesenet i dag er bekjemping av akutt sykdom. Siden kroniske lidelser øker er det et behov for at fokuset endres mot denne utfordringen. Helsevesenet har vært preget av undersøkelser og behandling av kroppen ved hjelp av tekniske hjelpemidler, og dette uavhengig av personens erfaringer med å leve med sykdom (Heggdal, 2008). Annen kunnskap må tas i bruk i helsevesenet så de med kronisk sykdom, får veiledning til å utnytte sine ressurser, slik at de kan leve et best mulig liv (Heggdal, 2008). Vi tenker at dette er veldig relevant for sykepleie i fremtiden. Når disse sykdommene er i framvekst, ser vi hvor viktig det er at vi som fremtidige sykepleiere arbeider helsefremmende og nytenkende. Derfor ønsker vi å trekke inn begrepet kroppskunnskaping (Heggdal, 2008).

## **1.2 Presentasjon og avgrensing av problemstilling**

Vi har kommet frem til følgende problemstilling:

*Hvordan kan sykepleier med utgangspunkt i kroppskunnskaping bidra til at pasienter med ulcerøs kolitt opplever mestring?*

Vi avgrenser oppgaven til å handle om hvordan man som sykepleier kan anvende kroppskunnskaping som en helsefremmende prosess. Målet skal være å fremme mestring. Kroppskunnskaping er aktuelt til flere typer kroniske sykdommer (Heggdal, 2008), men ved å avgrense oppgaven til å omhandle pasienter med ulcerøs kolitt, mener vi at oppgaven blir mer subjektiv enn om vi bare skriver generelt om kronisk sykdom, pasienten blir mer synlig.

Vi har erfaringer med at sykepleieren kan møte pasienter med ulcerøs kolitt på blant annet medisinsk avdeling på sykehus, ofte i forbindelse med en akutfase eller i forbindelse med symptomkontroll. Det er ikke sjeldent at disse pasientene har hatt sykdommen en tid før de oppsøker hjelp (Heggdal, 2008). Vi fokuserer på pasienten i en akutfase, som legges inn på sykehus. Han har hatt sykdommen en tid, men trenger veiledning og oppfølging av

helsepersonell til å mestre sykdommen etter utskrivelse. Kroppskunnskaping inngår i fire ulike faser. Ved akutfaser kan man gå tilbake til tidligere faser i prosessen. Det er ofte glidende overganger i disse fasene (Heggdal, 2008).

Siden det er vanskelig å definere eksakt hvor man er underveis i denne prosessen til enhver tid, vil vi trekke inn eksempler fra flere forskjellige faser.

Det er som regel unge voksne og de som er midt i livet som oftest blir rammet av ulcerøs kolitt (Knutstad, 2010). Derfor er denne pasientgruppen hovedfokuset i oppgaven. I denne alderen dannes ofte fundamentet til resten av livet, man skal studere, få seg jobb, etablere seg og danne en familie. Vi har erfaringer med at de som er berørt av denne lidelsen ofte har det vanskelig fysisk, psykisk og sosialt. Dermed blir det å ha en kronisk sykdom som ulcerøs kolitt i ung alder spesielt utfordrende og man kan få en opplevelse av at man ikke når sitt fulle potensiale (Knutstad, 2010).

Vi er inneforstått med at pårørende ofte har en stor rolle for at pasienten skal kunne få støtte etter utskrivelse og oppnå mestring på en best mulig måte (Halding, Wahl & Heggdal, 2010). Vi velger å gå kort inn på pasienten og hvordan relasjoner kan bidra positivt og negativt uten å trekke inn sykepleierens funksjon i møte med pårørende.

### **1.3 Oppgavens oppbygging**

Oppgaven er bygd opp av et innledningskapittel, videre følger et metode-, teori- og drøftkapittel. Teorien er delt opp i to kapitler. Det ene er teoretisk grunnlag som er relevant for tema og deretter kommer et eget om kroppskunnskaping. Helt til slutt kommer det en oppsummering med en konklusjon som et svar på vår problemstilling.

I teoridelen vil vi definere og beskrive begrepene oppgaven bygger på, og dette vil danne et teoretisk grunnlag til drøftingen. Vi tar først for oss teori om ulcerøs kolitt, deretter hva kronisk sykdom er og hvordan det er å leve med det. Vi har delkapittel som omhandler stress og mestring, som bygger på blant annet Benner og Wrubels omsorgsteori. Det er for å belyse



at det å leve med kronisk sykdom er en stressituasjon og derfor må ulike mestringsstrategier tas i bruk for å få en bedret hverdag.

I teoridelen finnes det deretter et delkapittel som omhandler Aaron Antonovskys begrep om salutogenese, fordi det omhandler å se på løsninger for å oppnå mestring, noe også kroppskunnskaping bygger på (Heggdal, 2008). Deretter kommer et eget kapittel om kroppskunnskaping og kort om de ulike fasene i kroppskunnskapingsprosessen.

I drøftedelen trekker vi tråder fra teoridelen for å svare på problemstillingen. Denne delen handler om hvordan sykepleieren kan fremme mestring ved å benytte teorien om kroppskunnskaping som en helsefremmende prosess. Vi vil også drøfte dette opp mot Benner og Wrubels omsorgsteori og Aaron Antonovskys salutogenesemodell. Drøftingen skal bygge på dette, på egne erfaringer fra praksis, og forskning om hva pasienten har erfart selv.

## **2 Metode**

Metode sier noe om hvordan vi skal gå frem for å anskaffe eller etterprøve kunnskap. I følge Dalland (2012) definerer Vilhelm Aubert metode som følger: "En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder." (Dalland, 2012). Metode er det som hjelper oss til å finne frem til det vi vil undersøke. I metoden samler vi inn data og dette blir vår informasjon som vi kan benytte i oppgaven.

### **2.1 Valg og begrunnelse for vitenskapsteori**

Vi har valgt å bygge oppgaven på Kristin Heggdal og hennes teori om kroppskunnskaping. Hun har de siste 15 årene forsket på hvordan mennesker håndterer sine plager og styrker sin helse når de lever med en kronisk sykdom (Kroppskunnskaping, s.a). Å ta utgangspunkt i pasienters egne erfaringer mener vi er veldig relevant i forhold til problemstillingen vår og i forhold til vårt syn på sykepleie. Vi mener at pasientenes egenopplevelser er veldig verdifulle fordi dette gir oss viktig informasjon. Forskningsarbeidet som ligger til grunn i kroppskunnskaping har røtter i et humanistisk vitenskapssyn. Målet med humanvitenskapen er å forstå verden ut fra den enkeltes levde erfaring. Kroppskunnskap bygger også på en fenomenologisk forståelse. Det er en forståelse der kroppen både er noe man har og er (Heggdal, 2008). Dette er et forholdsvist nytt konsept for helsefremmende arbeid og forskningsresultatene til Heggdal viser at kroppskunnskaping kan fungere godt i praksis, hvis man legger til rette for det (Kroppskunnskaping, s.a). Vi tenker at denne teorien og modellen kan gi et godt innblikk i hvordan man kan styrke pasienters helsefremmende ressurser. Og hvordan helsepersonell kan bidra til å fremme mestring ved at pasienten selv blir ekspert på sin egen sykdom.

I følge Heggdal har kroppskunnskap tidligere blitt beskrevet av Patricia Benner og Judith Wrubel som praktisk kunnskap, eller embodied knowledge (Heggdal, 2008). De har også

anvendt begrepet kroppslig intelligens (Benner og Wrubel, 1989). Derfor velger vi å trekke inn Benner og Wrubels sykepleieteori, som også bygger på et fenomenologisk verdenssyn.

De tar avstand fra det positivistiske vitenskapssynet og gir opphav til en ny måte å tenke på innen sykepleie.

Det positivistiske menneskesynet la vekt på at man skulle følge et fast observasjonsmønster og deretter iverksette objektiv sykepleie (Kirkevold, s.a). Benner og Wrubles teori stiller begrepet omsorg sentralt i sykepleien. De tar utgangspunkt i begrepet omsorgsteori. Et omsorgsfullt møte mellom mennesker basert på tillit gjør at man kan motta hjelp og yte hjelp. Benner og Wrubel tar dermed avstand fra et menneskesyn som deler mennesket i kropp og sjel (Kirkevold, 1992).

Maurice Merleau-Ponty var en fransk filosof og en fenomenologisk orientert tenker som kan være grunnleggende for å forstå menneskets praktiske kunnskap om kroppen (Wilde, 2003). Siden praktisk kunnskap om kroppen også er fokus i kroppskunnskaping, vil vi trekke inn kort hans forståelse av kroppen.

Kroppskunnskaping er veldig likt Aaron Antonovskys tenkning (Heggdal, 2008). Derfor vil vi også bruke hans teorier om helse og mestring gjennom hans teori om salutogenese. Han var en professor i medisinsk sosiologi og er anerkjent i flere ulike helsevitenskap (Heggdal, 2008).

## **2.2 Litteraturstudie**

I følge retningslinjene skal oppgaven baseres på litteraturstudie. Litteratur er et viktig grunnlag i alle studentoppgaver. Det er den kunnskapen oppgaven tar utgangspunkt i og problemstillingen drøftes i forhold til (Dalland, 2012). Ved å bruke litteraturstudie svarer vi på oppgaven ved å anvende pensum, lærebøker, 400 sider selvvalgt litteratur, fagartikler og forskningsartikler. Dette er litteratur som allerede eksisterer (Dalland, 2012). Vi anvender kildekritikk for å svare på oppgaven på en sikker og faglig måte.

Det finnes både kvalitative og kvantitative metoder man kan benytte. Kvantitative metoder er den fremgangsmåten man benytter når man er ute etter data som er målbar, det kan eksempelvis være statistikk.

Kvalitativ metode fokuserer mer på å gå i dybden ved å fange opp meninger og opplevelser. Denne typen metode brukes ofte i dybdeintervjuer (Dalland, 2012). Denne oppgaven baseres hovedsaklig på kvalitative forskningsartikler siden vi fokuserer på kroppskunnskaping og hvordan oppnå mestring.

Kroppskunnskaping bygger på menneskers egne erfaringer, derfor mener vi det er naturlig å bruke denne typen forskningsartikler. Vi har også valgt å anvende noe kvantitativ forskning for å kunne belyse forekomsten av ulike fenomener.

### **2.3 Litteratursøk**

I oppgaven begynte vi med å formulere en problemstilling. Fremgangsmåten for litteratursøk går mye ut på det samme. Man må notere seg hva man vet om emnet fra før og hvilke erfaringer man har (Dalland, 2012). Innledende måtte vi sette oss inn i hva som var skrevet om emnet fra før. For å danne et grunnlag for søk må man vite hva man er ute etter (Dalland, 2012). Vi begynte derfor med å sette problemet vårt inn i to hovedemner: Ulcerøs kolitt og mestring. Ved å komme frem til disse to begrepene var det lettere å finne litteratur og deretter få en oversikt.

Deretter så vi gjennom pensumlitteratur vi har hatt i løpet av treårsstudiet Bachelor i Sykepleie, for å se hva vi kunne finne som var relevant for oppgaven. I *Sykepleieboken 3: Klinisk sykepleie* (2008) gis en kort introduksjon av kroppskunnskaping (Knutstad, 2008). Dette syntes vi var et interessant tema, og etter litt mer undersøkelser ville vi basere oppgaven vår på denne prosessen. Deretter søkte vi i Bibsys, som er en søkemotor for litteratur i ulike Høgskoler, for å se etter bøker vi kunne låne på biblioteket som kunne hjelpe oss å svare på problemstillingen vi hadde formuert. Søkeordene vi benyttet her var: kroppskunnskaping, mestring, kronisk sykdom, ulcerøs kolitt. Oppgaven skulle også inneholde sykepleieteorier, derfor søkte vi etter nettopp dette ordet i Bibsys og fikk resultat.

Internett gir nesten ubegrensede muligheter innenfor litteratur. Kriteriene vi satte oss var blant annet at det skulle være faglig relevant. Sykepleiefaget har en stor vidde og vi må ha oversikt over området vi skal undersøke. Litteraturen skal ha et visst nivå i utførelse (Dalland, 2012). I retningslinjene står det blant annet at vi skulle benytte fire vitenskapelige artikler. Vitenskapelige artikler blir ansett som litteratur av høyt nivå (Dalland, 2012).

Litteraturen skal være mest mulig oppdatert i forhold til dags dato, spesielt siden dette er en bacheloroppgave i sykepleie og dette faget er i endring hele tiden. Kildene skal også inneholde et godt faglig språk. Dette kan være både norsk, svensk, dansk og engelskspråkelig litteratur (Dalland, 2012).

For å finne forskning brukte vi søkemotorer og databaser for å finne relevante kilder. Søkemotorene vi brukte var blant annet Bibsys, Google Scholar, Ebscohost, Cinahl, og Svemed. Disse databasene og søkemotorene er godkjent av Høgskolen og gyldig til bruk i Bacheloroppgaven. For å finne frem til relevante artikler måtte vi bruke søkeord som oppgaven vår skulle omhandle. For å kunne snevre inn søkene våre, brukte vi picoskjemaet til Høgskolen som et hjelpemiddel (vedlegg 1).

Søkeordene vi brukte er: Mestring/coping, ulcerøs kolitt, kronisk sykdom, sence of coherence, og kroppskunnskaping. For å få flere treff og for å kunne søke i internasjonale databaser brukte vi databasen svemed for å finne meshtermer, altså de engelske begrepene som kunne gi oss resultat. Svemed har en egen søkemotor for engelske medisinske termer, som kan være til hjelp slik at vi kan finne internasjonal litteratur. De engelske meshene/søkeordene vi fikk som resultat var: Ulcerative colitis, Chronic illness/Chronic disease, inflammatory bowel disease, patients. Av alle databasene var EBSCOhost den databasen som inneholdt flest gode og relevante artikler som kunne hjelpe oss å besvare vår problemstilling. Et eksempel på

fremgangsmåte i EBSCOhost: Vi logget oss inn på skolens databaser, deretter åpnet vi linken til databasen på Høgskolen sin nettside.

Vi haket av "Cinahl Full text", "Cinahl", "Age-Line", "Eric" og "Academic search premier" siden dette er databaser hvor vi kan finne sykepleierrettede artikler. Vi benyttet ulike kombinasjoner av de engelske meshene vi fant på svemed.

Eksempelvis: Chronic illness\* AND coping\*. Inflammatory bowel disease\* AND coping\*, Chronic illness\* AND Embodied knowledge\*. Vi brukte disse kombinasjonene mest fordi det er disse temaene oppgaven skulle handle om. Vi har valgt å kun bruke artikler som er nyere enn år 2000 for å bruke litteratur som er mest mulig oppdatert, med unntak av en som vi allikevel ser på som gyldig. Vi haket også av "fulltekst" og "medical journal" for å snevre inn søket og for å være sikre på at vi fikk opp kun forskningsartikler.

## **2.4 Valg av litteratur**

Vi har noen utvalgte bøker som er gjennomgående i oppgaven vår som vi vil presentere. Kristin Heggdal introduserer en forholdsvis ny teori og modell i boken: *kroppskunnskap, pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser* (2008). Den er bygget på forskning om hvordan det er å leve med kronisk sykdom og hvordan man kan bruke kroppskunnskap til å mestre sykdommen (Heggdal, 2008). Denne boken er relevant fordi vi skal anvende kroppskunnskap som helsefremmende prosess for å svare på vår problemstilling.

Vi har brukt Olav Dallands bok *metode og oppgaveskriving* (2012). Denne boken bruker vi for å få hjelp og kunnskap om hvordan skrive bachelor oppgave på en godkjent måte. Han har mange års erfaring i undervisning og veiledning av studenter, innenfor helse- og sosialfag, samt pedagogikk (Dalland, 2012).

Vi har anvendt Boken *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (1992), her gir Marit Kirkevold et innblikk i ulike sykepleieteorier og deres historie. Dette dannet et grunnlag i forhold til hvilken sykepleieteori vi benyttet oss av.

Vi har brukt *Grunnleggende sykepleie bind 1-3* (2011), fordi her gir Kristoffersen, Nortvedt og Skaug et godt sykepleieperspektiv. De går innpå temaer som stress og mestring, kronisk sykdom og relasjonen mellom sykepleier og pasient. Disse temaene og perspektivet er relevante i forhold til problemstillingen.

Vi har også valgt å bruke *Helt og ikke stykkevis og delt* (2012). Dette er en lærebok om psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Jan Kåre Hummelvoll viser med denne at man skal se, forstå og møte pasienten der en er, noe som også vi mener er viktig i møte med pasientgruppen i oppgaven.

*Kommunikasjon i relasjoner* (2007), valgte vi også for her tar Hilde og Tom Eide for seg kommunikasjon og relasjon mellom pasient og helsearbeider. Siden dialog er en viktig komponent i kroppskunnskap, har vi valgt å bruke denne boken.

Hovedformålet med oppgaven er å fremme mestring, derfor valgte vi boken *Motivasjon og mestring* (2005). Her viser Bjørn Wormnes og Terje Manger hvordan mestring og motivasjon kan forbedres. Boken egner seg spesielt til veiledning, og siden vi benytter sykepleierens veiledende og undervisende funksjon i oppgaven valgte vi nettopp denne.

Vi benyttet også boken *Meistring og myndiggjøring* (2007). Her gir Tor- Johan Ekeland og Kåre Heggen opp temaer som mestring, myndiggjøring, informasjon og brukermedvirkning. Vi valgte denne fordi i oppgaven vektlegger vi spesielt at pasienten skal kunne benytte sin egen kunnskap om kropp og sykdom for å kunne opparbeide mestring.

## **2.5 Valg av forskningsartikler**

Vi velger å presentere de mest sentrale forskningsartiklene vi har benyttet i oppgaven.

Vi har brukt forskningsartikkelen: *"Embodied knowledge in chronic illness and injury"* (2003). Her belyser Mary H. Wilde forskning om hvordan det er å leve med kronisk sykdom. Wilde bruker også Maurice Merleau Pontys teorier om kroppen som er relevant i forhold til oppgaven vår. Artikkelen handler om fysiske og psykiske forandringer som skjer i kroppen ved kronisk sykdom og intervensjoner sykepleier kan iverksette for å veilede pasienten til å oppnå blant annet mestring.

Vi har også anvendt forskningsartikkelen: *"Identifying predictors of low health-related quality of life among patients with inflammatory bowel disease: comparison between Chron's disease and ulcerative colitis with disease duration"* (2011).

Dette er en svensk studie hvor Jäghult, Saboonchi, Johansson, Wredling og Kapraali viser hvordan kroniske tarmsykdommer påvirker livet og hvor viktig det er at helsepersonell fanger opp behovet til pasientene for veiledning og støtte.

*"High therapy adherence but substantial limitations to daily activities amongst members of the Dutch inflammatory bowel disease patients' organization: a patient empowerment study"* (2009). Dette er en nederlandsk studie som omhandler personer som er medlem av en organisasjon for de med kronisk tarmsykdom. I denne studien viser Baars, Zelinkova, Mensink, Markus, Looman, Kuipers og Van Der Woude hvordan kronisk tarmsykdom påvirker de daglige aktivitetene.



I *"Relationships between coping, coping resources and quality of life in patients with chronic illness: a pilot study"* (2011) viser Kristofferzon, Lindqvist og Nilsson hvor viktig det er å ta i bruk mestringsressurser. Denne forskningsartikkelen har vi valgt fordi den handler om stress og mestring og den tar også i bruk Aaron Antonovskys salutogenese-begrep som vi også velger å bruke i oppgaven.

## **2.6 Kildekritikk**

Kilder er alt som kan brukes til å forme en oppgave. Når man søker etter kilder må den vurderes i forhold til hvilken kvalitet den har og hvor relevant den er i forhold til formålet (Dalland, 2012). Kildekritikk blir derfor metodene som sier om en kilde er sann eller ikke, det vil si i oppgavens tilfelle om vi kan bruke kilden eller ikke. For å kunne avgjøre om en kilde er sann eller ikke må man ha en viss informasjonskompetanse. Det er en samling av ferdigheter man må ha for å kunne avgjøre om kilden kan brukes.

Lærebøker og fagbøker er gode utgangspunkt for å gi en oversikt over teori og de mest relevante forfatterne i faget (Dalland, 2012). Vi har vurdert og stilt oss kritiske til den litteraturen vi har valgt ved å ha en standard vi følger. Dette fordi litteraturen skal være gyldig i forhold til problemstillingen (Dalland, 2012). Vi har valgt kilder utifra dette og at det er relevant i forhold til sykepleie.

Vi har erfart at det finnes mange kilder om mestring og det å leve med kronisk sykdom, men ikke like mye om kroppskunnskap. Dette tenker vi er fordi kroppskunnskap er en nytenkende teori og derfor er det få som har rukket å gjennomføre og ferdigstille studier innenfor dette. Kristin Heggdals og hennes teori om kroppskunnskap mener vi er en pålitelig kilde i forhold til oppgaven vår, på grunn av hennes bakgrunn og forskning. (Kroppskunnskap, s.a). Sykepleiefaget er i kontinuerlig utvikling og det kreves at man må bruke ny og oppdatert litteratur (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Vi viser ved å bruke kroppskunnskap at vi er nytenkende og interesserte i å tilegne oss ny kunnskap. Vi har benyttet både primær og sekundær litteratur.

Vi er inneforstått med at ved bruk av sekundær litteratur er teksten bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren. Teksten kan derfor være fortolket på en annen måte enn den opprinnelige tolkningen av et fenomen (Dalland, 2012). Derfor har vi også valgt å innhente noe primærlitteratur til sykepleierteoretikerne, selv om denne litteraturen er eldre enn sekundærkildene.

Primærkildene vi har brukt er hovedsakelig på engelsk, men vi har oversatt disse til norsk, fordi på bachelornivå forventes det at i tillegg til norsk kan vi lese dansk, svensk og engelskspråklig litteratur (Dalland, 2012). Men vi er inneforstått med at dette igjen kan føre til feiltolkninger fra vår side. Vi har også blant annet valgt å bruke en oversatt utgave av Aaron Antonovskys *Helsens mysterium* (2005). Denne boken er oversatt fra engelsk. Vi så på det som en god løsning å velge denne utgaven, fordi det reduserer risikoen for å oversette feil siden språket er så likt som vårt eget.

Vi har anvendt *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (1992), som er en sekundærkilde. Her gir Marit Kirkevold sin tolkning av blant annet sykepleieteoretikerne vi har valgt. Siden hun er norsk, kan hennes oversettelse og tolkning gi oss en bedre forståelse enn primærkildene som er på engelsk (Dalland, 2012). Vi anser henne som en pålitelig kilde blant annet fordi hun er en anerkjent forfatter med doktorgrad i sykepleie. Utgaven vi bruker i oppgaven er ikke den nyeste, men vi anser det fortsatt som en trygg kilde siden vi kun benytter historien bak vitenskapsteoriene, og ikke hennes analyse og evaluering som kan være endret per dags dato.

Lærebøker er ofte instruerende og derfor trengs det også annen type litteratur når man skriver en større oppgave (Dalland, 2012). Derfor har vi også i tillegg brukt selvvalgt litteratur i form av bøker, fagartikler og forskning. Vi har valgt forskningsartikler fra de senere år, fordi sykepleierfaget er i stadig utvikling og kunnskapen kan fort bli utdatert. Vi har valgt ut forskningsartikler fulgt etter IMRAD-struktur. Det vil si at artikkelen skal inneholde en introduksjon, metode, resultater og diskusjon. Dette gjør at artiklene utifra våre retningslinjer i Høgskolen er gyldige (Dalland, 2012).

Vi har benyttet studien: "*Living with ulcerative colitis: experiences of adolescents and young adults*" (1996). Av Brydolf og Segesten. Artikkelen omhandler hvordan en gruppe mennesker opplever å leve med ulcerøs kolitt. Siden studien er 17 år gammel kan den være litt uoppdatert på noen punkter i forhold til dags dato. Vi brukte likevel noe av essensen i den fordi den er i samsvar med funn i nyere forskning, og er veldig relevant i forhold til vår problemstilling.

Vi har også satt problemstillingen i en større sammenheng ved å finne statistikk om hvor mange som har kronisk sykdom på verdensbasis (Dalland, 2012).

## **2.7 Etiske overveielser**

For å få kunnskap om mennesker, deres livssituasjon og hvordan deres subjektive opplevelse av verden er, må man gå direkte til kilden, mennesket selv. Når man skal skrive en studentoppgave er det viktig å tenke over hvilke etiske utfordringer vi kommer ovenfor. For å kunne bruke personopplysninger stilles det et lovpålagt krav (Dalland, 2012). Personvern innebærer blant annet anonymisering og taushetsplikt. Vi som sykepleierstudenter må følge taushetsplikten, som innebærer at vi ikke kan bruke opplysninger om pasienters personlige forhold. (Dalland, 2012). I vår oppgave vil vi derfor anonymisere alle erfaringer vi har blitt tildelt både i studentrollen og ellers, slik at opplysningene ikke kan spores tilbake til hvilken person, til hvilken tid og hvilket sted.

### **3 Teoretisk referanseramme**

Dette kapittelet går inn på teori om sykdommen ulcerøs kolitt, kronisk sykdom og hvordan det er å leve med en langvarig lidelse. Dette er for å belyse hvordan kronisk sykdom påvirker livsutfoldelsen. Vi trekker også frem Benner og Wrubels teori om stress, mestring og Antonovskys salutogenesemodell.

#### **3.1 Ulcerøs kolitt**

Ulcerøs kolitt er en kronisk inflammatorisk sykdom som oftest rammer nedre del av colon og rektum, men kan også ramme hele colon. Ulcerøs kolitt rammer mennesker uavhengig av kjønn, i alder fra 15 til 40 år, men finnes tilfeller hvor også barn og eldre får sykdomsutbrudd. Sykdommen går i sykluser og det veksler derfor mellom lange symptomfrie perioder til lange sykdomsperioder, alt fra uker til måneder. Årsaken er hittil ukjent, men det finnes teorier om at kroppens immunsystem reagerer på et virus eller bakterie i tarmen, og dermed angripes celledaget i tarmen ved en feil i stedet for det aktuelle viruset eller bakterien. Arvelige faktorer spiller også trolig en rolle.

Inflammasjonen sitter hovedsaklig i tarmens slimhinne hvor det dannes lettblødende sår (Norsk helseinformatikk, 2012). Ved sykdomsutbrudd endres tykktarmens absorpsjonsevne og dermed vil ikke tarmen være i stand til å suge til seg væske og elektrolytter. Sårene avgir også mye vevsvæske og slim. Grunnet dårlig absorpsjonsevne og væskende sår er det vanligste symptomet hyppig, tynne og slimete avføringer, opptil 20-30 per dag (Mekki & Pedersen, 2007). De fleste plages også med magesmerter og blodig avføring. Man kan også oppleve vekttap grunnet nedsatt absorpsjon av næringsstoffer og nedsatt allmenntilstand grunnet anemi. Sykdommen har ulike faser, fra mild, moderat til alvorlig (Norsk helseinformatikk,

2012). Hos 80% prosent av pasientene varierer sykdomsintensiteten. Noen har korte forbigående sykdomsperioder, noen har akutte og alvorlige forløp, og andre trenger sykehusinnleggelse en tid for å få kontroll over symptomene (Ørn, Mjell & Bach-Gansmo, 2011). Medisinering er nesten obligatorisk for å få sjakt med denne sykdommen.

Aminosalisylsyre er den legemiddelgruppen som oftest gir best effekt, men ikke alle opplever bedring (Ørn, Mjell & Bach-Gansmo, 2011).

### **3.1 Kronisk sykdom.**

Langvarig sykdom kalles ofte for kronisk sykdom. For å bli diagnostisert med en kronisk sykdom kreves det en lang utredning av svikten man har i organer eller funksjoner. Denne medisinske kunnskapen er viktig i denne sammenhengen, men samtidig er det en utfordring at årsakene til sykdommen er uklare. Kronisk sykdom er en fellesbetegnelse hvor symptomer og tilstander har oppstått uten at man helt vet årsaken eller hvordan kurere det (Heggdal, 2008). Det finnes mange definisjoner på hva kronisk sykdom er, sett fra ulike sider.

Ilene Molof Lubkin definerer kronisk sykdom slik: "Kronisk sykdom er en irreversibel konstant, tiltagende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt" (sitert i Heggdal, 2008 , s. 23). Siden en kronisk sykdom er noe man aldri blir kvitt, legger definisjonen frem at kronisk syke må rette fokuset bort fra begrensningene man har. En viktig komponent for behandling og rehabilitering blir derfor å opprettholde et godt liv, til tross for sykdom (Heggdal, 2008).

En svensk studie basert på det å leve med ulcerøs kolitt, viser at man får betydelig redusert livsstil ved at sykdommen berører så mange aspekter av livet (Brydolf & Sagesten, 1996). En kombinasjon av ressursene og løsningene man har sammen med den medisinske kunnskapen, blir en forutsetning for å oppnå bedring og mestring. Ved å kunne fokusere på dette kan symptomene reduseres og innvirkningen sykdommen har på livet vil bli mindre (Heggdal, 2008).

### **3.3 Å leve med kronisk sykdom.**

Når man har en kronisk sykdom har man en sykdom som varer livet ut. Sykdomsforløpet har ofte en langsom progresjon, men med akutte forverringer. Siden kronisk sykdom er langvaring og har et usikkert forløp, innvirkes dette også på det psykologiske og sosiale i den sykes liv. Når en pasient rammes av alvorlig eller kronisk sykdom er det sykdommen og konsekvensene som opptar dem først.

Å leve med en kronisk sykdom påvirker derfor livet i stor grad og berører menneskets grunnleggende behov både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig/eksistensielt (Helse og omsorgsdepartementet, 1999).

Når man får en diagnose opplever mange at de får et endret kroppsbilde og en fraværsfølelse til kroppen. Man føler seg overveldet av de fysiske påkjenningene sykdommen gir, som igjen påvirker det psykiske (Wilde, 2003). Noen av konsekvensene som ofte blir sett ved kronisk sykdom er stress relatert til usikkerhet, og ikke kunne arbeide, belastninger innenfor familien, isolasjon fra det sosiale liv og frustrasjon i forhold til å være syk til enhver tid. Det er også vanlig at de med kronisk sykdom opplever å ha et dårlig selvbilde. Ofte kan den som er syk oppleve dette som mer psykisk belastende enn selve sykdommen. Alle disse faktorene er med på å begrense livsutfoldelsen, og derfor blir mestring av sykdom avgjørende for at pasienten på sikt skal kunne leve et best mulig liv (Kristoffersen & Nordtvedt & Skaug, 2011). En studie fra Nederland basert på begrensninger i dagliglivet hos personer med kronisk tarmsykdom, viser at dagliglivet blir sterkt påvirket. På grunn av blodtapet gir sykdommen nedsatt allmennstilstand og slapphet, og på grunn av kontinuerlig diare blir det begrensninger utenfor hjemmet. For eksempel det å kunne dra på restaurant eller delta i andre sosiale arenaer blir en utfordring (Baars, Zelinkova, Mensink, Markus, Looman, Kuipers & Van Der Woude, 2009).

Kronisk sykdom krever en sosial og kulturell forståelse av de utenfra. Ulcerøs kolitt er en gjemt kronisk sykdom andre ikke ser (Brydolf & Segesten, 1996). Det er også en kronisk sykdom som har symptomer som ofte er tabubelagte, for eksempel hyppig diare. (Mekki & Pedersen, 2007). Dette i seg selv kan gjøre at det er en utfordring å snakke med andre om det.

Relasjoner og miljøet rundt kan derfor møte den syke med både støtte og aksept, men også i noen tilfeller fordømmelse og dette er noe man må forsøke å forholde seg til på best mulig måte (Heggdal, 2008).

Siden ulcerøs kolitt er en sykdom med varierende sykdomsforløp, kan en forverring føre til livsforandringer og perspektivet om hva som er viktig for den syke endres. Dette kan skje automatisk ved at sykdomsutviklingen selv er nok til at fokus endres, eller at man bevisst endrer fokus fordi man må håndtere sykdommen og dens symptomer der og da (Kristoffersen & Nordtvedt & Skaug, 2011).

### **3.4 Stress og mestring**

Begrepet stress kommer opprinnelig fra fysikken, og blir sett på som et fenomen alle mennesker har et forhold til enten før eller senere i livet. Alle har en forståelse av hva stress er, og hvordan det føles på kroppen. Stressutløsere kan for eksempel være både sykdom, smerter, opplevelse av psykisk ubehag og usikkerhet (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011). Benner og Wrubel hevder at sykdom nesten alltid fører til en stressituasjon (Kirkevold, 1992). Stress er et veldig vidt begrep og det finnes flere undergrupper. Stress påvirker kroppen både fysiologisk og psykologisk. Fysiske, psykiske, kulturelle, sosiale, biologiske og kjemiske forandringer kan være utløsende faktorer. Hovedvekten av stress hos en som lever med kronisk sykdom vil være mer av de psykologiske påkjenningene det medfører, enn det fysiologiske. En person som har ulcerøs kolitt som opplever oppbluss av sykdommen eller får forverring av symptomer, kan oppleve sterkt psykisk stress. Men stress i seg selv kan også i tillegg forverre sykdommen (Norsk helseinformatikk, 2012).

Mestring er ulike typer atferd og psykiske prosesser et menneske vil bruke for å overvinne, fjerne, redusere eller akseptere de kravene som oppstår i ulike situasjoner, der ressursene til vedkommende blir stilt på prøve (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011). Dette kan for eksempel være ved en forverring av sykdom, og mestring er da noe man gjør for å overvinne

stresset. Mestring er derfor et bredt spekter av handlinger man kan gjøre for å kontrollere kravene og konfliktene man blir utsatt for (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).

Menneskers evne til mestring er en prosess som går gjennom hele livet. Denne prosessen innebærer at man har evne til å lære, bearbeide erfaringer man møter på sin vei og være i stadig utvikling som menneske.

En persons mestringsevne bygges opp gjennom barn og ungdomsårene og når sin topp i voksen alder, før denne evnen ofte igjen avtar jo eldre man blir (Kristoffersen, Jahren & Skaug, 2011).

Benner og Wrubel mener at mestring ikke er en motsetning til stress, men at stress er følelsen man får når man ikke opplever mening og forståelse i situasjonen man er i. Ifølge Benner og Wrubel er det menneskets oppfattelse av situasjonen man er i, personens erfaring og ferdigheter som bestemmer hva som oppleves som stressende. Dette igjen bestemmer hvilke mestringmuligheter som er mulig for vedkommende (Kirkevold, 1992).

Benner og Wrubel mener at et av målene for sykepleie når man lever med sykdom, blir å mestre sin livssituasjon på tross av lidelse og tap. De mener at man må se på hva som er viktig og betydningsfullt i den enkeltes liv, for å finne måter å mestre på som er best egnet for vedkommende (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Altså man må se på hva som er betydningsfullt for personen for å finne mestringmuligheter. Hvis pasienten vi møter på sykehuset er veldig opptatt av å være i fysisk aktivitet, vil det være uaktuelt å mestre en livssituasjon ved å glemme at dette har vært en stor del av livet. Mestring handler om at mennesker kan lære seg å leve med sin situasjon og mestre utfordringene for å oppleve kontroll over livet sitt igjen (Askheim & Starrin, 2007). Det handler om å klare noe på egen hånd, om å takle stress, påkjenninger, kriser eller sykdom slik at man kan komme seg videre. Man må ta i bruk de ressursene man har for å bedre situasjonen sin. Men man må ha tilgang til disse ressursene og ha evne til å utnytte dem (Ekeland & Heggen, 2007).



Livssituasjonen vil være preget av stress når en person ikke har opparbeidet seg erfaringer med en kronisk sykdom, og ikke har noen strategier for å mestre den enda (Heggdal, 2008). Benner og Wrubel mener at mestring er noe man må oppnå for å finne mening (Benner & Wrubel, 1989). For å finne ut av dette kreves det at man finner nye tolkninger og ferdigheter for å få en ny kontroll på situasjonen (Benner & Wrubel, 1989). De hevder at når nye symptomer dukker opp, eller tidligere symptomer kommer tilbake som man før har kontrollert, kan det gjøre at man står overfor en veldig vanskelig utfordring.

Men en person med en kronisk sykdom kan tilpasse seg sykdommen og lære seg å mestre den, og kan dermed oppnå en viktig kroppslig erfaring (Benner & Wrubel, 1989). Et eksempel kan være at en pasient med Ulcerøs kolitt vil oppleve både gode og dårlige perioder svingende gjennom livet.

Når man har en dårlig periode kan man stå overfor en ny utfordring, selv om man tidligere har klart å kontrollere dette. Pasienten tilegner seg da samtidig viktig erfaring om kroppen.

Benner og Wrubel mente at det å bry seg om noe skaper muligheten for at mennesket kan finne meningsfulle måter å mestre sin situasjon på, men at det å bry seg om noe også kan gi stress. Mennesket får opplevelsen av stress når man opplever at det som er av betydning står i fare for å bli tatt ifra en, eller det skjer en forandring i livet med nye og ukjente situasjoner, slik som ved forverring av sykdom (Kirkevold, 1992). For eksempel når man har ulcerøs kolitt, kan man ved tider oppleve at man ikke kan delta i de samme aktivitetene som tidligere, og dette tapet kan da gi stress. Men dette kan også gi en mulighet for at man kan finne igjen meningen i å mestre situasjonen sin på.

Det er flere ting som kan føles som en stressituasjon i dagliglivet når man er kronisk syk, og det er derfor også mange forskjellige faktorer som kan medvirke til mestring. Det er viktig med grunnleggende god medisinsk behandling, god informasjon, tilrettelegging, gode relasjoner og det er viktig å bruke personens egne erfaringer og ressurser (Heggdal, 2008).

### **3.5 Aaron Antonovskys salutogenesemodell**

Ifølge Aaron Antonovsky og hans teori om salutogenese må man prøve å forstå situasjonen man er i, og utvikle en tro på at man kan finne løsninger på situasjonen og å finne en god mening i å prøve på dette, for å få en følelse av kontroll, mestring og at man bestemmer over sitt eget liv. Dette går ut på at folk ikke kan oppnå optimal helse hvis de ikke har styring over forhold som kan påvirke den. Dette kaller han for sence of coherence (Askheim & Starrin, 2007).

Å se på sin egen livssituasjon og ha troen på at man kan finne løsninger er en viktig mestringsressurs for de med en kronisk sykdom (Kristofferzon, Lindqvist, & Nilsson, 2011). Antonovskys tenkning fokuserer på det som gjør oss friske og ikke på det som gjør oss syke. ’

Man stiller ikke spørsmål om hvorfor man blir syk eller hva som gjør at man er det, men hva som gjør at man holder seg frisk (Antonovsky, 2005).

Teorien og modellen kroppskunnskaping er en utvikling av Antonovskys teori om salutogenese. Det er en teori om hvordan mennesker arbeider med å håndtere sykdom og hvordan de fremmer salutogenese i eget liv. (Heggdal, 2008)

## **4 Kroppskunnskaping; En grunnleggende prosess**

I dette kapitlet introduseres først sykepleierens funksjon i møte med pasient, deretter teoridel om kroppskunnskaping og denne som en helsefremmende prosess. Vi velger også å introdusere de ulike fasene i kroppskunnskaping. Avslutningsvis går vi inn på dialog som kommunikasjonsmetode.

### **4.1 Sykepleierens funksjon**

Sykepleiere skal arbeide helsefremmende. Helsefremmende arbeid inngår som en del av sykepleierens omsorgsfunksjon. Sykepleie omfatter tiltak for å fremme helse og forebygge sykdom hos friske og utsatte grupper i befolkningen (Mekki & Pedersen, 2007).

Helsefremmende arbeid er ikke å fjerne eller redusere risikofaktorer for sykdom, skade eller død, men å kunne styrke den helsen mennesket allerede har. (Mæland, 2010).

I rammeplanen for sykepleierutdanningen står det at: ”Sykepleiere har ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende” (sitert Kunnskapsdepartementet, 2008). Rollen sykepleieren har i kroppskunnskapingprosessen blir å være reisefølge til pasienten på bedringens vei, men vi skal også være veiledere som stiller åpne spørsmål. Vi som sykepleiere skal ha en støttende funksjon ved å vise omsorg for pasienten og være imøtekommende slik at han kan mestre en livssituasjon på tross av sykdom, lidelse og tap (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).

I tillegg står det i rammeplanen at man skal utøve faglig forsvarlig sykepleie (Kunnskapsdepartementet, 2008). Kroppskunnskaping handler om at pasienten er forsker og brobygger i eget liv, men også at man anvender helsepersonellens fagkompetanse som en av flere kunnskapskilder i arbeidet med å skape helse og velvære. Sykepleieren skal derfor være en medforsker i pasientens helsefremmende prosess, men han/hun skal i tillegg anvende sin faglige kunnskap (Heggdal, 2008). Dette innebærer at vi bruker vår medisinske faglige kunnskap om sykdommen, men også kunnskapen om hvordan dette innvirker på enkeltmennesket, dens velvære, mestring og håp (Mekki & Pedersen, 2007).

## **4.2 Kroppskunnskaping**

Kroppskunnskaping er en helsefremmende prosess, et begrep, en teori og en modell. Kristin Heggdal (2008) definerer dette slik: "Kroppskunnskaping er en grunnleggende prosess for personlig kunnskap om egen kropp, mestring, helse og velvære" (sitert i Heggdal, 2008, s. 34). Selve begrepet kroppskunnskaping består av tre ord som henger sammen. Det er kropp, kunn, og skaping. Det første ordet som er kropp henviser til forandringer i den fysiske kroppen, ting som kan observeres og oppleves. Kunn står for tanker og erfaringer personen får over tid når man søker forståelse av endringene og søker etter løsninger på utfordringene sykdommen gir. Skaping som er det siste ordet står for en prosess hvor personens tidligere erfaringer om en frisk kropp blir erstattet av nye erfaringer når man blir langvarig syk. Skaping betyr at dette er en læreprosess hvor man får en ny personlig kunnskap om kroppen. Det er ikke resultatet av prosessen som er målet, men kvaliteten som ligger i denne aktiviteten. Kroppskunnskaping som en teori og modell er bygget opp av pasienters egne erfaringer med å leve med langvarig sykdom (Heggdal, 2008). Det fokuseres på ressursene til pasientene og handler om deres syn på virkeligheten (Heggdal, 2008).

Kroppskunnskaping handler om at man engasjerer seg i en forskningsprosess i sitt eget liv, hvor man finner ut hvordan man kan skape helse og bedring når man lever med en kronisk sykdom. Prosessen handler om å lære noe nytt, og tilegne seg kunnskap om hvordan en kan mestre sykdom, forebygge tilbakefall og oppnå bedring. Man skal oppdage sammenhenger og bygge broer i eget liv som omhandler helseplager, hendelser, relasjoner og handlinger

(Heggdal, 2008). Altså man skal skape en sammenheng i livet sitt slik at man kan lære seg å mestre sykdom og komme seg videre. Denne kunnskapen sitter pasienten selv inne med og det er en viktig ressurs i møte med forskjellige hjelpeinstanser, som skal veilede pasienten i kroppskunnskaping (Heggdal, 2008). Kroppskunnskaping er derfor både en personlig og en relasjonell prosess fordi det handler både om pasientens forhold til seg selv og til andre i samfunnet. Gjennom denne prosessen utvikler pasienten kunnskap om hva som bidrar til helse og hvordan plager kan forebygges, altså hvordan man kan behandle seg selv (Heggdal, 2008).

Maurice Merleau Pontys tenkning vektla at kroppen er synonymt med det å eksistere. Han mente at vi både er og har en kropp (Wilde, 2003). Han mente at man selv kjenner sin egen kropp best, fordi vi lever den (Ponty, 1994). Han tar et oppgjør med de tidligere tankene om at kroppen er todelt mellom kropp og sjel, og argumenterer for at kroppen både er et objekt og et subjekt, at kroppen er i et samspill (Heggdal, 2008). Ponty mente at kroppen må forstås som at kroppen er i ett, altså en enhet, og at den ikke er en gjenstand. Vi har en egen kroppsopplevelse og dermed en egen erfaring (Ponty, 1994). Heggdal (2008) utdyper dette ved å hevde at når man lever med langvarig sykdom får det konsekvenser for hele livet. Det er ikke bare en kroppsfunksjon eller et organ som er rammet, men kroppen som en helhet

#### **4.3 Kroppskunnskaping; en helsefremmende prosess.**

Kroppskunnskaping er en helsefremmende prosess som handler om å styrke menneskets helse. Denne prosessen viser en mulighet for å bevege seg i retning av helse og velvære på tross av at man lever med en kronisk sykdom. Man skal bli bedre kjent med seg selv og erfare hvordan stress kan håndteres gjennom prøving og feiling, man skal styrke ressursene man har til å mestre livssituasjonen sin (Heggdal, 2008).

Vi har tidligere nevnt at når man blir rammet av langvarig sykdom får man et dårlig selvbilde (Kristoffersen & Nordtvedt & Skaug, 2011). På grunn av dette tapet av kroppskontroll og trygghet får man en begrensning i livet. Men når denne personen begynner å bli kjent med endringer i kroppen sin og er i dialog med andre om sine erfaringer skjer det en

gjenopprettelse av verdenen til den syke, man får en ny kontroll over livet sitt. Den helsefremmende prosessen kroppskunnskaping går ut på å øve og ta opp egne erfaringene av sin egen kropp på alvor ved å gi dette mer oppmerksomhet (Heggdal, 2008).

Den helsefremmende prosessen kroppskunnskaping innebærer at pasienten skal arbeide seg bevisst gjennom ulike faser for å oppnå nye muligheter for livsutfoldelse og velvære. Målet er at pasienten skal bruke erfaringen de har om kroppen sin som en verdifull kilde til kunnskap om sykdom og helse gjennom de ulike fasene. Man skal da få mer følelse av kontroll og trygghet.

Gjennom denne helsefremmende prosessen skal personen føle en mer fortrolighet med kroppen sin (Heggdal, 2008). Altså kroppskunnskapingsprosessen er en mestringsprosess (Heggdal, 2003).

De ulike fasene består av: Uvisshet, tap av livsutfoldelse, kroppslig læring og integrert kroppskunnskap. Prosessen har ikke noen avgrenset start eller slutt og kroppskunnskaping er et begrep som er i stadig utvikling. Det kreves ulike mestringsstrategier i de forskjellige fasene i kroppskunnskapingsprosessen i samråd med hvilke kunnskaper og ferdigheter man utvikler om egen kropp og sykdom (Heggdal, 2008).

#### **4.4 Faser i kroppskunnskaping.**

Pasientene beveger seg frem og tilbake i de ulike fasene i den helsefremmende prosessen kroppskunnskaping, og det er ikke et fast svar på hvor man begynner eller er til enhver tid. Det er ikke slik at man kan bevege seg i en retning for å bli bedre, men jo flere faser man kommer igjennom, jo større mulighet har personen til å utvikle en større kunnskap og erfaringer om å mestre sykdommen (Heggdal, 2008).

Den første fasen i den helsefremmende prosessen er uvisshet og handler om at man er i en ventetilstand, den starter når man oppdager at man er syk. Man er usikker på hvordan symptomene skal håndteres. Personen merker symptomene, men mestringsstrategiene går ut på å skjule disse symptomene og håpe at de skal forsvinne (Heggdal, 2003).

I den andre fasen; tap av livsutfoldelse, begynner personen å vedkjenne at symptomene blir mer og mer plagsomme og at de ikke forsvinner. Mestringsstrategiene her går ut på å ha et behov for forutsigbarhet og trygghet ved å sette grenser for livsutfoldelse (Heggdal, 2003). En klarer ikke lenger å fungere som før og må oppsøke hjelp. I forbindelse med tilbakefall eller symptomforverring ser man en tendens til at pasienter går tilbake til denne fasen. Man har ofte en glidende overgang i fase to og tre og derfor er det vanskelig å definere eksakt hvilken fase man er i her (Heggdal, 2008).

I den tredje fasen; kroppslig læring, kan man begynne å tenke på læring og mestring, og dette er viktig for å komme videre i den helsefremmende prosessen. Man er mer motivert for å lære om sykdommen og man er interresert i å søke mer kunnskap. Pasienten begynner å erfare hva som forverrer symptomene og hva som gjør plagene bedre. Uvissheten er der fortsatt men man begynner å oppdage hvordan man kan ta i bruk sine ressurser for å håndtere plagene og man ser et håp om bedring (Heggdal, 2008). Kroppslig læring knyttes til denne fasen fordi utvikling av kunnskap står sentralt her. Det er viktig å være aktiv i utforskingen av hva som gjør tilstanden verre eller bedre. Poenget er å lære seg sine egne tålegrenser. Man skal finne ut av hva som forverrer symptomene og hva som bidrar til bedring (Heggdal, 2008).

I den siste fasen; integrert kroppskunnskap har man tilegnet seg mer erfaringer og kunnskaper og ser ting mer som en helhet. Nå har man mer erfaringer med hvilke faktorer som bedrer eller forverrer symptomene, man vet mer hvordan man kan forebygge og hvordan man kan lindre symptomene selv. Denne fasen er preget av at man nå har akseptert sine begrensninger og man begynner å få følelsen av mestring (Heggdal, 2008).

#### **4.5 Dialog**

Kommunikasjon og samhandling er en viktig del av sykepleiefunksjonen (Eide & Eide, 2007). Menneskelig kommunikasjon skjer hovedsaklig verbalt, men også nonverbalt med kroppsholdning. Dialog er en type kommunikasjon som omhandler at den ene parten tar initiativ og den andre responderer, som i en samtale. Fremgangsmåten i denne

kommunikasjonen er at man har annenhver ”tur” i å komme med innspill. En dialog som innebærer initiativ og respons er den mest elementære byggesteinen i kommunikasjon mellom mennesker (Eide & Eide, 2007).

Kroppskunnskap som en helsefremmende prosess, går ut på at kunnskapen som pasienten har om seg selv utvikles gjennom ulike nivåer ved hjelp av blant annet dialog. Derfor er dialog er en del av kjernen i kroppskunnskap.

I dialog med omgivelsene kombinerer man sin egen erfaring med det en får av annen generell kunnskap og finner da ut hva som er gyldig kunnskap for seg. Dialogen må være preget av kunnskap, forståelse og håp, for at pasienten skal forstå sin egen situasjon bedre og oppdage egne tålegrenser (Heggdal, 2008).

Dialogen pasienten kan anvende ved kroppskunnskap inngår i tre nivåer. Det er en indre dialog og en ytre dialog. Den indre dialogen er å lytte til kroppen og reflektere over tegn og symptomer den gir, det andre er oppsøke kunnskap og lytte til informasjon om helse. Den ytre dialogen er å samtale med helsepersonell, for eksempel en sykepleier. Man må først lytte og være i dialog med sin egen kropp og se kroppen sin både fra innsiden og utsiden. Når man mestrer dette samspillet gis en forståelse av sin egen situasjon og dermed kan man ha en dialog med andre (Heggdal, 2008).

Vi som sykepleiere skal ikke være eksperten som vet og kan alt. Derfor kan sykepleieren anvende dialog som kommunikasjonsmetode til å veilede og undervise pasienten uten å fremstå som ekspert (Heggdal, 2008). I dette samarbeidet skal begge parter iverksette intervensjoner, hente frem pasientens ressurser, og mestringsmuligheter som er tilpasset pasienten og dens forutsetninger (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).



## **5 Drøfting: Kroppskunnskaping og sykepleie**

Vi har i denne delen forsøkt å svare på følgende problemstilling: *Hvordan kan sykepleier med utgangspunkt i kroppskunnskaping bidra til at pasienter med ulcerøs kolitt opplever mestring?* Dette ved å drøfte kroppskunnskaping som en helsefremmende prosess i møte med en pasient innlagt på sykehuset. Når en pasient legges inn i sykehus kan han gå tilbake til en tidligere fase i kroppskunnskapingsprosessen (Heggdal, 2008), og dette har vi tatt høyde for når det kommer til hvordan vi som sykepleiere kan bidra til mestring. Vi trekker inn teori fra forrige kapittel og drøfter dette sammen med utfordringer vi kan møte i praksis.

Vi har møtt pasienter som har erfaring i å leve med en kronisk sykdom og de har fortalt at dette kan påvirke mange aspekter av livet. Man påvirkes både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig/ eksistensielt (Helse og omsorgsdepartementet, 1999). Vi har møtt pasienter som har fortalt at sykdommen ulcerøs kolitt kan gi en begrensning i livsutfoldelsen, spesielt når man er midt i livet. For eksempel vanlige dagligdagse aktiviteter som å dra på butikken for å handle kan bli en utfordring. Livet kan bli preget av stress og det er vanlig at man isolerer seg fra det sosiale liv (Kristoffersen & Nordtvedt & Skaug, 2011).

Når man får en oppbluss av sykdommen og for eksempel blir lagt inn på sykehus på grunn av symptomforverring, kan man oppleve sterkt psykisk stress (Norsk helseinformatikk, 2012). Når man ikke har noen strategier for å mestre disse symptomene sykdommen gir, kan livet bli preget av dette stresset (Heggdal, 2008). Dette kan også være med på å forverre symptomene

av sykdommen (Norsk helseinformatikk, 2012). Når man har fått tilegnet seg mer erfaringer og kunnskaper og ser ting mer som en helhet og i tillegg er kjent med hvordan man kan forebygge og lindre symptomene selv, kan man klare å akseptere sine begrensninger og begynne å få følelsen av mestring. kroppskunnskaping handler om nettopp dette (Heggdal, 2008).

Mennesker som lever med kronisk sykdom kan lære seg å skifte fra å fokusere på begrensningene ved sykdommen, til å fokusere på ressursene man har.

Ved å ha sykdommen i fokus ser man på lidelsen, hvilke tap og belastninger man får, men hvis man har fokus på helse vil oppmerksomheten rettes mot ressurser og muligheter man har. Den som gjør sykdommen som kun en del av seg selv, gir ikke sykdommen mulighet til å styre sitt liv (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011). Vi tenker at de som fokuserer på det syke i stedet for det friske, gir sykdommen mulighet til å styre livet sitt, og man klarer ikke å se ressursene sine, og de mestrer da heller ikke sykdommen. Mens de som lærer seg å fokusere på det friske, har større muligheter til å se sine ressurser og dermed kan takle sykdommens utfordringer bedre. I fase en i kroppskunnskaping opplever man tap av kroppskontroll og trygghet. Ofte kan man få denne opplevelsen i en akutfase. Pasientene med ulcerøs kolitt opplever ofte blødninger fra tarmen som skremmende. Når man mangler informasjon om hva som er årsaken til symptomer og ikke vet hvordan man kan dempe dem kan dette resultere i at man flykter fra den syke kroppen. Dette kan resultere i at man neglisjerer og bagatelliserer symptomene og tror de skal forsvinne av seg selv (Heggdal, 2008).

Aaron Antonovskys teori om salutogenese går ut på at pasienten skal forstå, finne løsninger og meninger i situasjonen man er i for å få en følelse av kontroll og mestring. Det å kunne styre forhold som påvirker helsen kaller han for sence of coherence (Askheim & Starrin, 2007). Forskning viser at kronisk syke som føler at de kan styre forhold som påvirker helsen, altså de

med høyere sence of coherence, mestrer livets utfordringer bedre enn de som har lavere sence of coherence (Kristofferzon, Lindqvist, & Nilsson, 2011). Vi har opplevd at pasientene vi har møtt i sykehus som er innlagt på grunn av symptomforverring, har en tendens til å ha lavere sence of coherence og klarer ikke å se sine ressurser. Vi har opplevd at disse pasientene ikke ser sine evner til å styre utfordringene ved sykdommen og må dermed legges inn på sykehus for å få hjelp.

Forskning viser at pasienter som har levd med sykdom en tid håndterer utfordringene bedre i forhold til de som har en nyopplaget sykdom (Jäghult, Saboonchi, Johansson, Wredling & Kapraali, 2011). Vi tenker at de som har levd med sykdommen lenger har mer erfaring med hvordan de kan mestre symptomer og dermed reduseres risikoen for sykehusinnleggelse.

Vi ser med dette at de pasientene som ikke har opparbeidet seg like mye erfaringer med hva som kan bidra til helse, kan få mer problemer med å takle utfordringene sykdommen gir, som for eksempel symptomforverring. Men samtidig ser vi også at en akutfase kan føre pasienten tilbake til en tidligere fase i kroppskunnskaping, selv om man har erfaringer med sykdommen (Heggdal, 2008).

Kroppskunnskaping er et salutogenetisk begrep blant annet fordi man ser på kroppen som en helsefremmende ressurs (Heggdal, 2008). Hvis man bruker et salutogenetisk perspektiv gir det oss muligheter til å stille andre spørsmål enn den patogenetiske tenkningen gjør. I stedet for å stille oss spørsmålet om hvorfor sykdom har oppstått hos pasienten, så ser vi heller på hva som kan bidra til å gjøre han frisk. Fremgangsmåten i kroppskunnskaping som en helsefremmende prosess, er at pasienten er aktivt deltakende i sin egen behandling for å oppnå mestring (Heggdal, 2008). Pasienten får da egeninnflytelse på beslutninger som vedrører sitt liv og dette gjør at vi som helsepersonell viser respekt for individets autonomi. Men dette kan også bli problematisk, fordi man kan få en tendens til å kun fokusere på ressursene og mulighetene pasienten har. Ofte har de som lever med kronisk sykdom opplevd mye negativt i

forbindelse med sykdommen, og dette kan bidra til at de ønsker at helsepersonell skal bestemme slik at de slipper å ta stilling til det selv. I en sånn situasjon kan pasienten bli behandlet som mer autonom enn han opplever seg selv som (Gullestad, 2010). Vi tenker med dette at ikke nødvendigvis alle ønsker å være aktivt deltagende i sin egen behandling, dette er noe ikke alle ønsker å ta stilling til. Vi tenker at kroppskunnskaping er en viktig helsefremmende prosess for at pasienten selv skal kunne mestre sykdommens utfordringer, men vi forstår også at denne metoden kan by på utfordringer for noen pasienter.

### **5.1 Sykepleierens møte med pasienten som ikke mestrer sykdom**

Før sykepleieren kan ta i bruk sin veiledende og undervisende funksjon, må det samles data om pasienten er mottakelig for informasjon. Dette kommer an på hvor i kroppskunnskapingsprosessen pasienten er i. For å samle data om dette kan vi innlede en samtale med pasienten for å fange opp hvor pasienten er i sin kroppskunnskapingsprosess. (Heggdal, 2008).

Det er viktig at sykepleieren kan identifisere den sårbare gruppen av pasienter med lavere sence of coherence. Vi som sykepleiere må anskaffe informasjon om hvordan dagliglivet fungerer i forhold til det å leve med sykdommen. Forskning viser at når sykepleieren samler slik informasjon, er det viktig at fokuset ikke bare er på hva diagnosen påvirker på livet, men også på hvordan livet til pasienten var før sykdommen intraff (Brydolf & Segesten, 1996). Men man må her være klar over at noen ganger kan kunnskapen og erfaringene til helsepersonellet og pasientens erfaringer og egenforståelse av virkeligheten, være vidt forskjellige (Sigstad, 2004). Så vi tenker at dette kan by på utfordringer. Alikevel er det viktig at pasientens egne erfaringer kommer frem. Her blir Pontys tenkning sentral; det er pasienten selv som kjenner kroppen sin best (Wilde, 2003).

Gjennom å stille spørsmål om livssituasjonen kan vi få innblikk i hvordan pasienten håndterer sin sykdom og hvordan livet blir påvirket. Eksempler på spørsmål man kan stille er: "Hvordan påvirker Ulcerøs kolitt din hverdag?", "Klarer du å utføre daglige aktiviteter og gjøremål på lik

linje som før?", "Hvordan er ditt sosiale liv nå i forhold til tidligere?". Hos pasienter med lav sence of coherence er det viktig å veilede og oppmuntre slik at de kan finne sine ressurser og se mulighetene de har og ikke begrensningene, og dermed får større følelse av kontroll (Kristofferzon, Luidqvist, & Nilsson, 2011). Pasienter med lavere sence of coherence er overbevist om at kaos ikke er uunngåelig og gir ofte opp forsøk på å forstå situasjonen. De gjør et halvhjertet forsøk på å håndtere situasjonen. Resultatet av å leve med lav sence of coherence blir at man ikke klarer å tenke positivt angående sin sykdomssituasjon og man blir værende der hvor alt er meningsløst, uforståelig og uhåndterbart (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011).

Vi tenker at det er viktig at sykepleiere fanger opp hvor eller når pasienten føler mer eller mindre kontroll på det som påvirker helsen, med dette kan vi prøve å hjelpe pasienten med å se ressursene han har.

I samtalen med pasienten i sykehus må vi tenke på at sykepleieren ikke skal fremstå som eksperten (Heggdal, 2008). Ved å vise omsorg kan vi oppnå tillit og dermed legges det til rette for at vi kan yte hjelp og pasienten blir tilgjengelig til å motta hjelp (Kirkevold, 1992). Når vi møter en pasient med ulcerøs kolitt må vi vise empati og forstå hvordan pasienten har det. Ved å vise empati danner vi grunnlaget til videre samhandling. Vi må prøve å forstå hvordan det er å leve med denne sykdommen (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011). Vi må forsøke å tenke oss til hvordan det er å ha plagsomme symptomer som for eksempel hyppig diare. Hvis pasienten er aktiv deltagende i en samtale vil det være lettere for sykepleieren å forstå livssituasjonen til vedkommende. Derfor kan vi anvende dialog fordi da kan begge parter hente frem pasientens ressurser og mestringsmuligheter som er tilpasset pasienten og dens forutsetninger. Ved å bruke dialog kan vi spørre pasienten hva pasienten har vært opptatt av i livet og som fortsatt kan gi livet mening (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011). Vi må jobbe ut ifra pasientens egne erfaringer og sammen med han må vi finne ut av hva han opplever som stressende. Dette legger grunnlaget for hvilke mestringsmuligheter som er mulig for vedkommende (Kirkevold, 1992). Når man er midt i livet og har en sykdom som ulcerøs kolitt må man lære seg å leve med sykdommen og det er en stor sammenheng mellom det å

mestre og det å kunne ta i bruk av sine mestringssressurser for hvordan man håndterer det å leve med langvarig sykdom (Kristofferzon, Lindqvist & Nilsson, 2010).

Hvis sykepleieren ikke virker troverdig og ikke har evne til oppfatte og forstå vedkommende, kan dette resultere i at vi ikke når frem med vårt budskap (Heggdal, 2008). Ordene og måten informasjonen blir formidlet blir viktig fordi dette virker inn på mestringen (Heggdal, 2008). Som sykepleier må man derfor være bevisst på hvordan man formidler informasjonen, samtidig som man sikrer seg at informasjonen er forstått (Brydolf & Segesten, 1996).

Man må tenke på at det finnes ubegrenset informasjon på internett om sykdom og behandling, og dette kan by på konflikter i forhold til hvordan vi som helsepersonell kan nå frem til pasienten med vår kunnskap (Sigstad, 2004). Sykepleieren må vise innlevelse i den andres situasjon og tilpasse kommunikasjonen utifra pasienten man møter. Ved å skape relasjon er det lettere å kunne formidle ideer og kunnskaper som kan hjelpe vedkommende til å ta et skritt videre (Hummelvoll, 2012). Vi har erfart at det er kort innleggelsestid i sykehus og derfor har vi som sykepleiere få dager å utøve sykepleie på. Det er stadig utskiftninger av personale og det er ofte et tidspress man må forholde seg til. Pasienten må forholde seg til forskjellig personale og tiden vi har til rådighet er kort. Dette mener vi kan redusere muligheten til å oppnå god relasjon mellom sykepleier og pasient.

Å føle at man ikke har kontroll og ikke kunne forutsi årsaken til situasjonen man er i kan være stressende (Cooper, Collier, James, Hawkey, 2010), som for eksempel ved en innleggelse på sykehus. Dette kan være gunstig å dele dette med helsepersonell (Cooper, Collier, James, Hawkey, 2010). Å kunne dele denne mangelen på kontroll med sykepleier ser vi på som en stor fordel for pasienten. Når pasienten med ulcerøs blir innlagt på sykehus opplever han å ikke ha kontroll på situasjonen sin. Derfor er det viktig at man har en samtale med vedkommende om det han tenker på, bekymrer seg over eller trenger informasjon om. Mangel på informasjon er en viktig årsak til usikkerhet (Heggdal, 2008). Pasienter som har fått tilgang på mer informasjon fra helsepersonell har større muligheter til å akseptere uvisshet

rundt sykdom (Cooper, Collier, James, Hawkey, 2010). Vi tenker at når pasienten blir mer forberedt og tilegner seg kunnskaper om sykdommen, kan dette gjøre at man takler de dårlige periodene bedre og man kan ta et steg videre i prosessen. Det å motta informasjon fra helsepersonell om sykdom og behandling gjør heller ikke automatisk at pasienten forsoner seg med forandringen kroppen er i. Ofte trenger pasientene mer hjelp fra helsepersonell for å mestre sykdommen og komme videre. I kroppskunnskaping trenger pasientene spesielt hjelp til å komme seg fra fase to til tre. Man har innsett at man trenger hjelp, men vet ikke hvordan man skal takle sykdommen (Heggdal, 2008). Da er det viktig at vi som sykepleiere møter pasienten på en støttende og bekreftende måte, samt gir utfordringer slik at pasienten kan arbeide seg gjennom fasene.

Hvis pasienten får veiledning i å innhente erfaringene han sitter inne med, samtidig som vi som sykepleiere viser vår kunnskap, kan han finne ut hva som blir gjeldene kunnskap for han. Dialog kan derfor bli en viktig vei til mestring og bedring videre (Heggdal, 2008).

Det tar tid å lære seg hva som bidrar til en forverring eller forbedring av sykdommen, pasienten må ha en indre dialog med seg selv, hvor han lytter til kroppen sin, og reflekterer over hva som gjør at symptomene blusser opp, men man må også være i ytre dialog med omgivelsene om disse erfaringene. Her kan sykepleieren oppmuntre pasienten til å nyttiggjøre kroppen sin som kilde til kunnskap, ved å stille spørsmål som setter igang refleksjon (Heggdal, 2008). Hos pasienten med ulcerøs kolitt kan vi som sykepleiere blant annet stille spørsmål som: "Har du opplevd forverring av symptomer etter en bestemt aktivitet? Hvilken aktivitet? Hvilket symptom(er) oppstod? Når man får denne støtten og lærer seg å erfare kroppen, ser man den som en viktig informasjonskilde, ikke bare en kilde til smerte og skuffelse som sykdom ofte kan forårsake. Det er viktig å møte helsepersonell som kan styrke denne helsefremmende prosessen. Som sykepleier kan man styrke denne prosessen ved å møte personen med vår faglige kunnskap om ulcerøs kolitt, vise empati og gi håp (Heggdal, 2008).

I Benner og Wrubels omsorgsfilosofi er et viktig mål at pasienten skal oppnå mestring. Man skal forsøke å mestre sin livssituasjon på tross av sykdom (Kristoffersen, Norddvedt & Skaug, 2011). Kroppskunnskaping har også dette fokuset da pasientens mål er å gjenvinne kontrollen

og finne mening i den nye livssituasjonen. Et resultat av dette blir at pasienten oppnår mestringsfølelse (Heggdal, 2003). Vi mener at hvis man alltid forventer å ha full kontroll og plutselig får en forverring av sykdommen, kan dette resultere i at pasienten opplever et nederlag fordi han tar et skritt tilbake i prosessen. Derfor tenker vi at når man har ulcerøs kolitt og blir innlagt på sykehus, kan det være nødvendig at sykepleieren og pasienten aksepterer at det ikke alltid går an å kontrollere alt. Sykepleieren som profesjonell må forberede pasienten på fysiske og psykiske forandringer som kan oppstå, og det er viktig at pasienten selv er involvert i denne veiledningen (Heggdal, 2008). Når man har blitt lagt inn på sykehus på grunn av at man ikke mestrer eller har kontroll over sykdommen, kan man oppleve dette som nedbrytende i seg selv og ikke helsefremmende.

Kroppskunnskaping handler også om at pasienten skal få opplevelsen av normalitet og velvære (Heggdal, 2008). Vi har erfart at pasienter med ulcerøs kolitt i sykehus ofte føler redusert normalitet og velvære grunnet symptomforverring. Mange opplever hyppig avføring og lukt som et hyppig symptom. Avføring er et tabubelagt område og det er noe man helst ikke vil snakke om. Pasienten opplever ofte skam, sjenanse og avsky i forhold til sykdommen og synes det er vanskelig å være åpen om det (Mekki & Pedersen, 2007). Når man er i en akutfase kan perspektivet endres til å holde ut med symptomene der og da, fremfor å tenke på hvordan man kan mestre sykdom etter utskrivning (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Derfor kan man stille seg spørsmålet om normalitet og velvære er noe man klarer å oppnå i en akutfase eller om dette er et langsiktig mål etter symptomkontroll. Hvis pasienten gir uttrykk for å ha mindre følelse av normalitet eller velvære, blir en viktig oppgave som sykepleier å bekrefte at dette er normalt (Heggdal, 2008). Vi mener det er viktig at vi støtter pasienten i sine følelser, men samtidig utfordrer han ved å snakke om det, slik at temaet blir ufarliggjort og oppleves som mindre tabubelagt, flaut og pinlig.

## **5.2 Hvordan kan sykepleieren bidra til at pasienten mestrer sin sykdom?**

Det er ingen fasit for hvordan det er å leve med kronisk sykdom eller hvordan man skal mestre det. Når man lever med langvarig sykdom går man stadig med en uvisshet i forhold til når en dårlig periode eller en akutt forverring kan komme. Det er viktig at vi som sykepleiere støtter pasienten ved for eksempel en akuttinnleggelse, men like viktig er det å forberede de på



hvordan det er å komme hjem igjen, og at man da må mestre dagliglivet på nytt (Heggdal, 2008).

Pasienter som lever med ulcerøs kolitt har oftere tilbakefall enn de med mange andre kroniske sykdommer (Heggdal, 2008). Derfor tenker vi at det blir viktig at man som sykepleier forsøker å forberede pasienten på at det mest sannsynlig vil komme tilbakefall ved senere tidspunkt. Samtidig må vi informere om ulike tegn som oppstår når sykdommen er i endring. Dette kan blant annet være at man får hyppigere diare, forandret konsistens, man føler seg mer slapp og energiløs (Mekki & Pedersen, 2007). Pasienten kan da lære seg å tolke forskjellige tegn på når man er på vei inn i en dårlig periode.

Konsekvensene vi ser ved at sykepleiere ikke formidler kunnskap om symptomer og tegn kan være at pasienten ikke lærer seg å skjønne når sykdommen forverres, og resultatet vil bli ny sykehusinnleggelse. Erfaringsbasert kunnskap med tilbakefall er en viktig del av prosessen fordi dette kan bidra til å dempe uvissheten, og dermed fremme mestring (Heggdal, 2008). Vi tenker med dette at hvis pasienten lærer seg de ulike tegnene på tilbakefall kan vedkommende bli mer forberedt og dermed føle mer kontroll på situasjonen, ved at han forsøker å unngå det som forverrer symptomene.

Hvilke mestringsstrategier som er aktuelle er avhengig av hvor i sykdomsforløpet man er, og hva man har av tidligere erfaringer. Det er individuelt hva som er en god eller dårlig mestring, og man må se på evnen individet har til å utføre oppgaven og hva slags følelser eller forventninger personen har til denne utføringen (Ekeland & Heggen, 2007). Sykepleieren og pasienten må se på mestring i forhold til pasientens ressurser og ut ifra egenforståelse og muligheter til å oppnå dette. Et eksempel kan være at for noen kan det å klare å stå opp om morgenen oppleves som mestring, mens for andre kan det være et stort nederlag å ikke kunne være i fullt arbeid.

Kroppskunnskaping blir en viktig prosess som vi som sykepleiere, sammen med pasienten, kan anvende for å oppnå mestring. Sykepleierens veiledende funksjon blir viktig her. For å få pasienten, i dette tilfellet, til å komme videre i den helsefremmende prosessen (Heggdal,

2008). Pasienten må forske i sitt eget liv og sykepleieren må bidra med sin fagkompetanse. (Heggdal, 2008). Et mål vi må sette oss er at pasienten skal oppleve mest mulig kontroll og mestring etter utskrivelse. Opplevelser og erfaringer som pasienten sitter inne med fra før er et viktig grunnlag for dette. Vi må vi finne ut hvor han er i sin prosess, og hvilke ressurser vedkommende har tilgang på (Heggdal, 2008).

En akuttinnleggelse i sykehus kan føre til at pasienten går tilbake til en tidligere fase (Heggdal, 2008). Hvis pasienten for eksempel har gått tilbake til fase en og bagatelliserer sin sykdom vil det være vanskelig for oss å gi råd på dette tidspunktet. Det er fordi pasienten selv ikke vil ta stilling til at han er syk og vil derfor være lite mottakelig for informasjon.

Dette kan gjøre det vanskelig for oss som sykepleiere å hjelpe pasienten videre i kroppskunnskapsprosessen. Derfor stiller vi oss undrende til om kroppskunnskap er sykepleierens felt i sykehus, eller om det går utenfor disse rammer. Vi kan tenke oss at pasienten kanskje ikke er mottakelig for å bruke kroppskunnskap som helsefremmende prosess i en akutfase. Derfor må vi være forberedt på at vi kanskje ikke "når inn" med informasjon med en gang. Den informasjonen vi har gitt pasienten kan likevel til slutt ved et senere tidspunkt føre til at pasienten kjenner seg igjen og faktisk kan anerkjenne at han lever med en kronisk sykdom (Heggdal, 2008).

Pasienten vi fokuserer på i oppgaven har hatt sykdommen en tid og har da tilegnet seg erfaringer han kanskje ikke er klar over. Vi må veilede han til å bli bevisst på disse (Heggdal, 2008). Man kan stille spørsmål om hvilke erfaringer pasienten har om hva som forverrer symptomene, og hva han har opplevd som kan hjelpe for å lindre eller unngå disse. Hvis han for eksempel har erfaringer med at han reagerer på en spesiell type matsort kan han unngå inntak av dette. Dette i seg selv kan gjøre at han går videre til neste fase og at man skaper mestring. Det er sånne erfaringer og ressursene til pasienten vi som sykepleiere må prøve å få frem hos pasienten slik at han ser disse bedre selv (Heggdal, 2008).

Når vi har møtt pasienter med ulcerøs kolitt, forteller mange at de opplever forverring av symptomer etter eksponering av stress. Ulike typer stress kan for eksempel være opplevelse av

å være truet, være usikker, grue seg til en eksamen eller jobbintervju, sosial isolasjon, familiekonflikter, bekymringer for økonomi, jobb og skole med mer. Da kan pasienten bruke tidligere erfaringer om hvordan kroppen reagerer på disse faktorene og tilrettelegge og planlegge tiden før og etter bedre.

Når pasienten begynner å bli bedre kjent med sine tålegrensers kan man fungere mer uhindret i dagliglivets aktiviteter fordi man har nå større muligheter til å planlegge og prioritere enn tidligere (Heggdal, 2008). For eksempel hvis man skal på en tur kan man hvile ekstra før man drar og ikke planlegge noen spesielle aktiviteter etter turen.

Eller hvis pasienten sier han ikke kan utføre de samme aktivitetene som tidligere fordi man er avhengig av et toalett i nærheten kan dette føles som en begrensning, og da er det viktig at man finner frem til mulighetene man har til å forsette å utføre disse aktivitetene. Et eksempel for å takle denne utfordringen kan være at man kan sitte nederst, på første rad i kinosalen slik at det er kort vei til toalettet. Vi tenker at hvis pasienten finner frem til disse mulighetene, kan dette føre til at han mestrer stressituasjoner bedre.

Heggdal (2008) sier at det å finne ut av ting er viktig i seg selv fordi det bidrar til følelsen av kontroll og mestring. Men vi må også være bevisst på at ikke alle pasienter klarer å se sammenheng med at stress og sykdom henger sammen (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Her får vi som sykepleiere en viktig oppgave å informere om at dette ofte har en sammenheng. Når vi møter pasienten på sykehuset vil vi i tillegg til å informere om stress, oppmuntre han til å forsøke å eliminere noen stressituasjoner og se mulighetene og ikke begrensningene ved de han ikke kan unngå. Man må huske på at innenfor kroppskunnskap er det viktig å ikke bare fokusere på hva man kan tåle før man får en forverring av symptomer, men også hva som kan bidra til bedring. For eksempel oppmuntre pasienten til å fortsette å utføre aktiviteter som gir glede og energi (Heggdal, 2008). Når pasienten har kommet til det stadiet at han oppdager sammenhengene og klarer å ta i bruk sine ressurser er han på veien mot kroppskunnskapens siste fase og ser nye muligheter for livsutfoldelse (Heggdal, 2008). Vi tenker også at mange av stressituasjonene mennesket opplever er noe man ikke alltid kan

avverge og derfor kan kroppskunnskapingsprosessen tidvis bli utfordrende. Hvis man for eksempel mister en i nær familie er dette en stressituasjon, og dette kan da gi en sykdomsforverring man ikke kan unngå (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011).

I Kroppskunnskapingsprosessen fase tre begynner pasienten å forholde seg til kroppen sin som en ressurs for mestring og bedring (Heggdal, 2008). Etter hvert i prosessen kjenner en ikke bare kroppens grenser, men også hvilke ressurser man har og kan ta i bruk (Heggdal, 2008). Men det er viktig at pasientens kroppslige erfaringer brukes som en kunnskapskilde av helsepersonellet også, og ikke bare av pasienten selv. Det er viktig at sykepleieren kombinerer den generelle medisinske kunnskapen med personens kroppskunnskap.

Det vil si at sykepleieren må se på kroppen både som et objekt og et subjekt. Objektive funn slik som for eksempel lavt blodtrykk, høy puls, forhøyet kroppstemperatur og lavt hemoglobinnivå er viktige observasjoner ved ulcerøs kolitt for å kunne danne et bilde av hva slags oppfølging pasienten trenger for å lindre symptomer der og da, men man må også tolke pasientens subjektive opplevelse av situasjonen (Heggdal, 2008). Vi mener at hvis vi ikke kombinerer vår kunnskap med pasientens kroppskunnskap vil vi kun få et syn på situasjonen. Om sykepleieren ikke har noe faglig kunnskap om Ulcerøs kolitt vet man ikke hva symptomer og årsaker kan være. Vi mener dette kan resultere i mangelfull sykepleie ved at vi ikke får gjort våre objektive funn som kan si noe om hvilken tilstand pasienten er i. Hvis vi kombinerer vår kunnskap med pasientens, kan man få en større mulighet til å oppdage sammenhenger enn om man bare ser på objektive funn (Heggdal, 2008). Vi tenker at man da får et mer helhetlig bilde av pasienten.

Som tidligere nevnt så har den tradisjonelle tenkningen som helsevesenet har vært preget av i flere år, vært basert på å tenke på kroppen som et atskilt organ, og dette kan være en fare for at helsepersonellet først og fremst tenker på svikt i bestemte organer hos pasienten og ikke ser på personen som en helhet. Heggdal (2008) sier at helsepersonell ofte har valgt å ikke bruke kroppskunnskap som en viktig del av den helsefremmende prosessen i sine vurderinger om behandling av pasienter. Helsepersonellet går inn i en rolle som bedreviter og sier hva svikten er og hvilke begrensinger pasienten må leve med. Resultatet er at pasienten opplever å ikke bli

hørt og trodd i møte med helsevesenet (Heggdal, 2008). Derfor er det viktig at vi som sykepleiere nettopp lytter til pasienten og dens erfaringer, og ikke overkjører pasienten fordi vi sitter inne med den faglige kunnskapen. Vi mener vi må respektere at pasienten kjenner kroppen sin best utifra sine erfaringer. Men vi ser også at hvis pasienten skal være med å bestemme over sin egen behandling, kan dette være med på å skjule helsepersonellens faglige kompetanse. På denne måten kan pasientens aktive rolle komme til å bli et alibi for eksisterende praksis. Det vil si at resultatet av dette kan bli at helsepersonellet fraskriver seg ansvaret for noen områder av behandlingen og pasienten blir stående alene med ansvaret (Sigstad, 2004).

Vi ser også at kroppskunnskapingsprosessen kan bli utfordrende fordi det ofte ikke er et samsvar mellom arbeidsoppgaver og tilgjengelige ressurser på sykehus. Dette kan for eksempel være tidspress som reduserer oppfølgingen i forhold til behovet til pasienten (Arbeidstilsynet, 2006). Vi tenker at dette kan resultere i at pasienten ikke får den oppfølgingen han trenger for å komme videre i prosessen. Forskning viser at sosiale forhold og støtte fra andre, som fra for eksempel helsepersonell og nære relasjoner er viktig for å oppnå bedre selvtillit, motivasjon og mestring. Derfor tenker vi at det er viktig at vi som sykepleiere gir pasienten den oppfølgingen og støtten han trenger. Nære relasjoner kan bidra positivt fordi de kan forebygge symptomer og plager, samt være til god støtte når tilbakefall oppstår i sykdomsprosessen. De nærmeste kan bidra til gjenoppretting av kontroll og trygghet (Heggdal, 2008). Men man må også være bevisst på at hvis personen opplever negative tilbakemeldinger fra sine relasjoner kan dette utløse og vedlikeholde symptomer og plager. Vi tenker at hvis pasienten kan fortelle relasjonene rundt seg om sine symptomer, for eksempel hyppige toalettbesøk, kan dette gjøre at de nære kan forstå situasjonen bedre og dermed være mer støttende. Kroppen kan gi beskjed til hvilke relasjoner som virker negativt inn. Hvis man får negative spenninger fra andre over tid kan dette heller virke negativt og gi oppbluss av symptomer (Heggdal, 2008). Vi mener det derfor er viktig at vi gjør pasienten bevisst på at relasjoner kan være en stressfaktor. Vi vil formidle til pasienten at han kan søke støtte i relasjoner, men også gjør han klar over at noen relasjoner kan forverre sykdommen.

Det å delta i en støttegruppe kan også bidra til å mestre stressituasjoner (Halding, Wahl & Heggdal, 2010). Som tidligere nevnt kan det å leve med ulcerøs kolitt resultere i stress. Vi kan som sykepleiere med fordel oppmuntre pasienten til å delta i en støttegruppe eller kurs etter utskrivning. Vi har erfaringer med at liggetiden i sykehus er kort og sykepleiren har begrenset mulighet til å følge opp pasienten over en lengre periode. Derfor kan vi informere om at det finnes en støttegruppe for de som lever med kronisk tarmsykdom. Denne støttegruppen heter Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer og her kan man dele erfaringer med andre i samme situasjon (Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer, 2013). Vi kan også informere om at det finnes kurs i kroppskunnskaping.

Dette kurset er et pedagogisk helsetilbud som innebærer at man møter andre med samme helseplager og i tillegg har mulighet til å snakke med helsepersonell som driver helsefremmende opplæring og i tillegg kan følge opp vedkommende over tid. (Heggdal, 2008). Vi ser også at når en pasient er innlagt med akutt forverring kan det å ta stilling til kurstilbud ofte ikke være aktuelt (Heggdal, 2008). Den informasjonen vi gir pasienten om for eksempel kurs og foredrag, mener vi vil kunne være til nytte å gi når han har fått bedre kontroll over de symptomene han er innlagt for og skal skrives ut av sykehuset.

## **6 Konklusjon**

Vi har gjennom denne oppgaven innsett at kronisk sykdom kan påvirke mennesket i stor grad. Ved å ha brukt kroppskunnskaping som en helsefremmende prosess har vi fått en forståelse av hvordan sykepleieren må se, observere og lytte til hver enkelt pasient og deres erfaringer, og gi støtte og omsorg ut ifra de individuelle behovene. For å bidra til mestring blir det viktig å hjelpe pasienten til å se sine ressurser fremfor sine begrensninger, og her kan sykepleieren med fordel anvende kroppskunnskaping som en helsefremmende prosess. Med denne prosessen kan sykepleieren undervise og veilede pasienten slik at pasienten lærer seg å tilegne seg kunnskap om egen kropp, slik at han oppnår mestring av sykdommen (Heggdal, 2008).

Å anvende kroppskunnskaping som helsefremmende prosess for å oppnå mestring, ser vi kan være en utfordring i sykehus, spesielt hos pasienter i en akutfase. Men når det er sagt så er det ofte også disse som trenger denne oppfølgingen og veiledningen mest, nettopp fordi de ikke klarer å mestre sin sykdom. Kroppskunnskaping krever tid og innsats fra pasient og sykepleier (Heggdal, 2008). Vi ser derfor også at dette kan sette begrensninger i sykehus på grunn av tidspresen sykepleierene ofte opplever og at pasientene har kort liggetid (Arbeidstilsynet, 2006).

Likevel mener vi det er viktig at pasientene lærer kroppen sin å kjenne og dermed får de en bedre forutsetning til å håndtere sin kroniske sykdom etter utskrivelse. Gjennom å bruke

kroppskunnskap har sykepleieren en unik mulighet til å veilede og undervise pasienten slik at han kan lære seg å akseptere forandringene i kroppen og samtidig gi tips og råd som kan hjelpe han med å mestre problemene (Heggdal, 2008). Å lære fra våre pasienter og bruke deres erfaringer kan også lede oss til viktig informasjon som kan hjelpe oss i møter med andre pasienter med mindre erfaringer (Wilde, 2003).

## **7 Litteraturliste**

\*Antonovsky, A. (2005). *Hælsens mysterium*. (2.utg.). Bokforlaget Natur og Kultur, Stockholm. Antall sider: 271.

Arbeidstilsynet. (2006) Arbeidsmiljø i sykehus. Bodø: lokalisert på <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=90667>

Askheim, O.P. & Starrin, B. (2007). *Empowerment: I teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Baars, J. E., Zelinkova, Z., Mensink P. B. F., Markus, T., Looman, C. W. N., Kuipers, E. J. & Van Der Woude, C. J. (2009). High therapy adherence but substantial limitations to daily activities amongst members of the Dutch inflammatory bowel disease patients' organization: a patient empowerment study. *Aliment Pharmacol Ther* 30, 864-872. Doi: 10.1111/j.1365-2036.2009.04103.x. Antall sider: 8.

\*Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Addison- Wesley Publishing Company. California. Antall sider: 425.



\*Brydolf, M. & Segesten, K. (1996). Living with ulcerative colitis: experience of adolescents and young adults. *Journal of Advanced Nursing*. 23, 39-47. [Database]. Lokalisert på:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=aab95e75-3a75-4562-adee-709e867150db%40sessionmgr113&hid=128>) Antall sider: 8

\*Cooper, J. M, Collier, J., James, V. & Hawkey, C. J. (2010). Beliefs about personal control and self- management in 30-40 year olds living with Inflammatory Bowel Disease: A qualitative study. *International journal of nursing studies*. 47, 1500-1509. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.05.008. Antall sider: 9

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.  
Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Ekeland, T.J. & Heggen, K. (2007). *Meistring og myndiggjering: Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal akademisk. Antall sider: 253.

\*Gullestad, S. E. (2010). *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Brukermedvirkning er ikke løsningen. Lokalisert på: [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=116182&a=4](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=116182&a=4)

\*Halding, A. G., Whal, A. & Heggdal, K. (2010). "Belonging." "Patients." Experiences of social relationships during pulmonary rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*. 32(15), 1272-1280. Doi: 10.3109/09638280903464471. Antall sider: 8

\*Heggdal, K. (2003). *Kroppskunnskaping: En grunnleggende prosess for mestring av kronisk sykdom*. Universitetet Bergen. Antall sider: 339.

\*Heggdal, K. (2008). *Kroppskunnskaping: Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal akademisk. Antall sider: 350

\*Helse og omsorgsdepartementet. (1999). *Livshjelp*. [NOU] 1999: 2. Lokalisert på: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/5/3.html?id=351008>

\*Hjemås, G. & Vold, B. (2011). Helse. På Randen av samhandling. *Statistisk sentralbyrå*. 2011/5-6. Lokalisert på: <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/paa-randen-av-samhandling>

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal akademisk.

\*Jäghult, S., Saboonchi, F., Johansson, U-B., Wredling, R. & Kapraali, M. (2011). Identifying predictors of low health-related quality of life among patients with inflammatory bowel disease: comparison between Chron's disease and ulcerative colitis with disease duration. *Journal of Clinical Nursing*. 20(11-12), 1578-1587. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03614.x. Antall sider: 9.

\*Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer (2013). Lokalisert 7. mars, 2013, på <http://www.lmf norge.no>

\*Kirkevold, M. (s.a). Sykepleieteori. *Det store norske leksikon*. Lokalisert 21. Februar, 2013, på [http://snl.no/.sml\\_artikkel/sykepleieteori](http://snl.no/.sml_artikkel/sykepleieteori)

Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Ad Notam Gyldendal A/S.

Knutstad, U. (red.). (2008). *Sykepleieboken 3: Klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe AS.

Kristoffersen, N, J., Nordtvedt, F. & Skaug, E-A. (2011) *Grunnleggende sykepleie* (Bind 1-3). Oslo: Gyldendal akademisk.

\*Kristofferzon, M. L., Lindqvist, R. & Nilsson, A. (2011). Relationships between coping, coping resources and quality of life in patients with chronic illness: a pilot study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 25, 476-483. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00851.x. Antall sider: 7

\*Kroppskunnskaping, (s.a). Lokalisert 11. Februar, 2013, på

<http://www.kroppskunnskaping.no/prosjektlederen.html>

\*Kunnskapsdepartementet, (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Lokalisert på:

[http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)

Mekki, T. E. & Pedersen, S. (Red.). (2007). *Sykepleieboken 1 - Grunleggende sykepleie*. (3.utg.). Oslo: Akribe.

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis*. (3.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

\*Norsk helseinformatikk - for helsepersonell, (2012). *Ulcerøs kolitt*. Lokalisert den 29 Januar 2013 på: <http://nhi.no/foreldre-og-barn/ungdom/sykdommer/ulceros-kolitt-2241.html?page=1>

\*Ponty, M. M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Pax Forlag A/S, Oslo. Antall sider: 195.

\*Sigstad, H. H. M. (2004). Brukermedvirkning - alibi eller realitet? *Tidsskrift for norsk legeforening*. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/953601>

\*Wilde, M. H. (2003). Embodied knowledge in chronic illness and injury. *Nursing Inquiry*. 10(3), 170-176. [Database]. Lokalisert på:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e61c0a22-62f5-47d6-8c28-a2c629386f97%40sessionmgr112&vid=11&hid=108> Antall sider: 6

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

Valgfri litteratur til sammen antall sider: 1888.

## PICOSKJEMA: VEDLEGG 1/1

Tema: Hva er det jeg ønsker å vite noe (mer) om?

Spørsmål:

<b>P</b> Hvem vil vi vite noe om? Pasienter/grupper/ mennesker	<b>Young adults*, Chronic disease*, chronic illness*, patients, ulcerative colitis*, living with inflammatory bowel disease*.</b>
<b>I</b> Hvilket tiltak, intervensjon, behandling ønsker vi å vite noe om?	<b>Embodied knowledge, coping resources, sense of coherence, nursing og personal control.</b>
<b>C</b> Skal det tiltaket vi satte opp under "I" sammenlignes med et annet tiltak?	
<b>O</b> Hvilket utfall, effekt, erfaring, opplevelse, endepunkt er vi interessert i?	<b>Coping, Sense of coherence og personal control.</b>