



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag

Ingvild Skirbekk Sagmoen

Bachelor i Folkehelse

Over skyene er himmelen alltid blå

Every cloud has a silver lining

Bachelor i folkehelse

2014

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Forord

Etter tre år som student ved Høgskolen i Hedmark er bacheloroppgaven utarbeidet som en avsluttende del på bachelorstudiet i folkehelse. Det forventes nå at vi som kommende folkehelsearbeidere har kjennskap til forsknings- og utviklingsarbeid på folkehelsefeltet, vi skal kunne anvende faglig kunnskap og resultater fra feltet på praktiske og teoretiske problemstillinger og vi skal kunne igangsette, planlegge og gjennomføre samt evaluere prosjekter og utviklingsarbeid i en folkehelsesammenheng.

Det har vært tre gode år ved Høgskolen i Hedmark. Denne tiden har bestått av et inspirerende miljø med mange dyktige forelesere og ikke minst gode medstudenter. Med et visst vemod innser jeg at denne perioden snart er over, men med den kunnskapen og erfaringen jeg sitter igjen med, gleder jeg meg til å få satt kunnskapen ut i praksis.

Arbeidet med denne oppgaven har vært lærerikt og spennende. Temaet er interessant både som fagperson og privatperson. Jeg har hatt stort utbytte av å observere både gjennom praksis på rehabiliteringssenter og gjennom personlige relasjoner hvordan ulike utfordringer ved sykdom, blir løst i hverdagen. Utfordringer som ikke alltid er så lett synlige.

Jeg vil rette en stor takk mine nære familiære og vennskapelige relasjoner for god støtte og oppmuntring i perioder hvor det har trengtes. En takk også til medstudenter for godt samarbeid, gode faglige diskusjoner og nødvendige avbrekk. Sist men ikke minst rettes en stor takk til min veileder Lilja Palovaara Sjøberg, for tilgjengelighet, gode råd og innspill.

Elverum 2. Mai 2014

Ingvild Skirbekk Sagmoen

Sammendrag

Forfatter: Ingvild Skirbekk Sagmoen

Tittel: Over skyene er himmelen alltid blå

Problemstilling: Hvilke mestringsstrategier benyttes for å oppnå en bedret livskvalitet for voksne med langvarig somatisk sykdom?

Metode: Litteraturstudie

Konklusjon: Humor, bruk av diskusjonsforum på internett, lystbetonte aktiviteter, planlegging, positiv nytolkning og sosial støtte er følelsesfokuserte og problemfokuserede mestringsstrategier som benyttes av langvarig og kronisk syke. Mestringsstrategiene benyttes både hver for seg men også kombinasjoner av strategiene benyttes.

Nøkkelord: mestring, voksne, langvarig sykdom, livskvalitet.

Abstract

Author: Ingvild Skirbekk Sagmoen

Title: Every cloud has a silver lining

Issue: Which coping styles are used to achieve better quality of life for adults with long-term illness

Method: Literary study

Conclusion: Humour, using a discussion-based forum on the Internet, pleasurable activities, positive reinterpretation, planning and social support is emotion-focused coping and problem focused coping-styles which was used for people with long-term illness. These coping-styles are used separately but also in a combination.

Keywords: Coping, adults, long-term illness, quality of life

Innholdsfortegnelse

<i>Forord</i>	2
<i>Sammendrag</i>	3
<i>Abstract</i>	3
1. INNLEDNING	6
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	6
1.2 PROBLEMSTILLING	6
1.3 PRESISERING AV PROBLEMSTILLING	7
1.4 AVGRENSNING.....	7
1.5 BEGREPSAVKLARING.....	7
<i>Livskvalitet</i>	7
<i>Kronisk/- langvarig sykdom</i>	7
<i>Somatisk</i>	8
2. TEORI	9
2.1 PERSPEKTIVER PÅ MESTRING.....	9
<i>2.1.1 Empowerment</i>	11
<i>2.1.2 Nettverk og livskvalitet</i>	11
<i>2.1.3 Identitet og selvoppfatning</i>	12
<i>2.1.4 Følelsesmessige reaksjoner på kroniske sykdommer/- langvarig sykdom</i>	12
<i>2.1.5 Sense of coherence</i>	14
2.2 SEKUNDÆRFOREBYGGING.....	15
<i>2.2.1 Diabetes</i>	15
<i>2.2.2 Multipel Sklerose</i>	17
<i>2.2.3 Revmatoid Artritt</i>	17
<i>2.2.4 Kreft</i>	18
3. METODE	19
3.1 VALG AV METODE	19
3.2 LITTERATURSØK.....	19
<i>3.2.1 Tabell 1</i>	20
3.3 KILDEKRITIKK.....	21
4. RESULTAT	22
4.1 COPING STYLES AMONG ADULTS WITH TYPE 1 AND TYPE 2 DIABETES	22

4.2	LEARNING TO LIVE WITH ILLNESS: EXPERIENCES OF PERSONS WITH RECENT DIAGNOSES OF DIABETES MELLITUS	23
4.3	PATIENT INFORMATION AND COPING STYLES IN MULTIPLE SCLEROSIS	24
4.4	UNG VOKSEN MED REVMATOID ARTRITT (RA).....	26
4.5	DET ER MITT LIV DET GJELDER	27
5.	DISKUSJON.....	29
6.	KONKLUSJON	33
	REFERANSELISTE.....	34

1. Innledning

”Å være sterk er ikke å løpe raskest, å hoppe lengst eller løfte tyngst. Å være sterk er ikke alltid å vinne, alltid ha rett eller alltid å vite best. Å være sterk er å se lyset når det er som mørkest, slåss for noe man tror på selv om man ikke har flere krefter igjen, se sannheten i øynene selv om den er hard”.

Ukjent, (sitert i Vifladt & Hopen, 2004, s. 89).

Denne studien har som formål å se på hvilke mestringsstrategier som benyttes ved langvarig og kronisk sykdom. Folkehelse blir ofte knyttet opp mot forebygging, gjennom denne oppgaven ønsker jeg å belyse strategier og metoder for å leve best mulig med en allerede etablert sykdom eller langvarig sykdom. Dette kan virke sekundærforebyggende gjennom å hindre forverring av tilstanden eller forebygging av følgesykdommer. Likevel er det viktig å være klar over at alt ikke kan forebygges, men at god mestring kan føre til økt livskvalitet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Etter å ha vært i praksis ved et rehabiliteringssenter, hvor økt mestringsevne og livskvalitet var et av fokusområdene, har jeg ønsket å se nærmere på ulike mestringsstrategier ved langvarig sykdom. Jeg har i tillegg personlig erfaring med kronisk sykdom og har langvarig sykdom i nære relasjoner. Mestringsstrategier ved langvarig sykdom er individuell fra person til person men jeg ønsker å se etter mestringsstrategier på tvers av ulike sykdom.

Temaet er aktuelt fordi vi som folkehelsearbeidere vil møte mennesker i ulike livsfaser og med ulikt sykdomsbilde hvor mestring vil være viktig. Det er viktig for oss å se hele mennesket for å kunne bidra til en endring på en best mulig måte.

1.2 Problemstilling

Min problemstilling er:

”Hvilke mestringsstrategier benyttes for å oppnå en bedret livskvalitet for voksne med langvarig somatisk sykdom?”

1.3 Presisering av problemstilling

Hovedhensikten med denne oppgaven er å se etter hvilke mestringsstrategier som benyttes av langvarig og kronisk syke. I denne sammenhengen vil det også være naturlig å se etter ulike metoder for mestring og hvordan disse benyttes.

1.4 Avgrensning

For å avgrense oppgaven har jeg valgt voksne med somatisk sykdom. Psykisk sykdom er valgt bort da omfanget av oppgaven ville blitt for stort. Jeg har valgt å ha fokus på ulike kroniske og langvarig sykdommer. Disse er diabetes, multipel sklerose, revmatoid artritt og kreft. Dette for å få et lite spekter av sykdommer for sammenligning, samtidig som jeg har forsøkt å avgrense oppgaven.

1.5 Begrepsavklaring

Jeg vil i dette kapittelet beskrive begrep knyttet til problemstillingen. Videre i oppgaven vil jeg avklare andre begrep der det er naturlig.

Mestring

Begrepet mestring beskrives som et menneskes evne til håndtere livshendelser, situasjoner og påkjenninger som er mer enn det som klares på ren rutine (Nylenna, 2012). Opplevelsen av å ha krefter nok og kontroll over eget liv dreier seg ofte om mestring (Vifladt & Hopen, 2004).

Livskvalitet

Er en betegnelse på ikke- biologiske faktorer i et menneskes liv. Det kan dreie seg om tilfredshet med tilværelsen, gode sosiale relasjoner, trivsel og funksjon i arbeid, glede over fritid, samt evne til fysisk og psykisk utfoldelse (Nylenna, 2012).

Kronisk/- langvarig sykdom

Kronisk sykdom defineres som langvarig, vedvarende sykdom som varer i mer enn 6 måneder (Kåss, 2009).

Somatisk

Med somatisk menes legemlig, det som har med kroppen å gjøre (Nylenna, 2012).

2. Teori

Jeg vil her beskrive teorien i forhold til problemstillingen og vil kort forklare om de ulike sykdommene jeg har valgt i forhold til ulike mestringsstrategier.

2.1 Perspektiver på mestring

Det å leve med en kronisk eller langvarig sykdom innebærer å håndtere en hverdag som er annerledes enn et liv som frisk. Mye blir tatt for gitt når vi er friske. Kronisk eller langvarig sykdom fører ofte til tap av noe, det kan være seg både fysisk og psykisk. Mestring av sykdom handler om å klare den følelsesmessige prosessen ved å håndtere livet med en kronisk eller langvarig sykdom, hvor opplevelsen av kontroll over eget liv blir essensielt. Mestringsprosessen innebærer at personen blir i stand til å takle livet ut fra hva som er realistisk (Vifladt & Hopen, 2004).

Alvorlig sykdom fører ofte til endringer i et menneskes livssituasjon. Sykdommen kan innebære et fysisk tap av kroppsfunksjon, fysiske ferdigheter og fysiske muligheter til å leve på samme måte som tidligere, men også et psykisk tap av mestringsmuligheter og tap av selvbilde. Mange av de grunnleggende følelsene som vi knytter opp mot selvoppfatning og identitet aktiveres ved sykdom (Håkonsen, 1999).

Vi finner to hovedformer for mestring. Problemfokuset mestring og følelsesfokuset mestring. Problemfokuset mestring innebærer at personen setter fokuset på aktuell situasjon og ut fra situasjonen søker å endre, avslutte eller løse vanskeligheter og problemer som knyttes til denne aktuelle situasjonen. Dette kan gjøres på forskjellige måter ved aktiv mestring, hvor en møter problemet aktiv og målrettet for å forsøke å finne en løsning. Videre kan mestringsprosessen innebære å legge planer og bruke tankene målrettet for å håndtere problemet. Ved å søke sosial støtte for å få hjelp kan man ta kontakt med andre for å få råd eller støtte i den vanskelige situasjonen. Situasjonen kan også avvendes til det rette tidspunktet er inne, man unngår å gjøre noe overilt og har kontroll på sine aktiviteter (Håkonsen, 1999).

Den andre hovedformen for mestring, følelsesfokuset mestring, innebærer at personen fokuserer på de følelsesmessige problemene som er knyttet til hendelse eller situasjon. Personen prøver fjerne eller redusere det følelsesmessige ubehaget ved situasjonen uten å forandre denne situasjonen. Dette kan gjøres ved å søke sosial støtte, men mer i form av å

finne noen å snakke med, søke trøst, sympati og forståelse. Ved å akseptere, venner en seg til en ny situasjon, godtar realitetene og forsøker å lære og leve med en ny erfaring eller livssituasjon. Refortolkning benyttes for å forsøke å se hendelsen i et nytt lys og lære av episoden. Humor er et virkemiddel for følelsesfokusert mestring, en forsøker å finne det humoristiske eller ironiske i en situasjon og kan le av hendelsen. I tillegg benyttes eksistensiell forståelse for å finne en overordnet mening med hendelsen. Dette blir et perspektiv som uttrykker at det finnes en dypere mening og erkjennelse knyttet til hendelsen. Begge disse hovedformene for mestring brukes for å kunne håndtere stressopplevelser og påkjenninger som livet inneholder (Håkonsen, 1999).

Seidel (1984) nevner fem faktorer for mestring og vellykket problemløsning. Investere energi, i form av å nærme seg et problem aktivt på en våken og besluttsom måte. Dette dreier seg i stor grad om vilje til ikke ha for mange oppgaver samtidig. Det er viktig å ikke gape over mer enn en klarer å håndtere, for å kunne ha overskudd til uventede problemer og vanskeligheter. Mobilisering av egne ressurser, handler om å kunne bruke opparbeidet intelligens, kunnskaper, ferdigheter og ytre betingelser når problemer eller vanskeligheter bygger seg opp. Det er viktig å bruke dette på en slik måte at en ikke trekker seg inn i seg selv og fokuserer på nederlag men heller leter etter muligheter eller ber om hjelp i en vanskelig situasjon. Den tredje faktoren som nevnes, er at det stilles realistiske krav. For å kunne mestre en vanskelighet eller problem kan det ikke stilles høyere krav en det man har kapasitet til. Ved for høye krav kan følelsen av nederlag forsterkes.

Troen på at det virkelig finnes en løsning på problemet, nevnes som den fjerde faktoren. Selv om løsningen ikke nødvendigvis ligger rett framfor en, lar de fleste problemer seg løse på en eller annen måte. Tiden dette tar, er ofte viktig for hvordan den som rammes av sykdom skal komme seg videre. Noen ganger er det vanskelig for personen selv å se løsningen og trenger hjelp for å finne den. Den femte og siste faktoren som nevnes er om hvordan man velger å reagere. Man kan velge å være passiv og unnvikende eller aktiv og direkte. Dette kan være ulikt i forhold til problemets eller vanskelighetens størrelse. Tidligere nevnte faktorer vil spille en rolle for hvordan problemet mestres. Når følelsen av å mestre problemet eller vanskeligheten er til stede, vil det ses på som en utfordring og ikke som en håpløs skjebne (Seidel, 1984).

Vifladt & Hopen (2004), skriver at poenget med mestring, er å finne ut hva er det man ikke kan forandre på og som må aksepteres. Hva kan man endre på og påvirke i en annen retning?

En planmessig problemløsning kan være en god måte å mestre kronisk sykdom. Denne prosessen vil dreie seg om registrering og refleksjon over erfaringer, erkjennelse av sin egen situasjon og ta valg som igjen fører til handling og beslutninger. Prosessen vil ofte være i en kontinuerlig bevegelse.

2.1.1 Empowerment

Empowerment er sentralt i helsefremmende arbeid. Begrepet bygger på at enkeltindividet og fellesskapet får en større innflytelse og kontroll på faktorer som påvirker helsen (Mæland, 2012). Myndiggjøring og mestring er begrep som har blitt benyttet for å gjengi innholdet i begrepet. I hovedsak dreier dette seg om at mennesker blir i stand til å ta kontroll over sin egen helse og mestre sin livssituasjon (Helse og omsorgsdepartementet, 2011). En opplevelse av at en har noen lunde kontroll over sitt eget liv er viktig for både selvbildet og mestrings- evnen (Mæland, 2012). Empowerments tenkning innebærer at personen for eksempel i en behandlingssituasjon, ikke bare er en mottaker i avgjørelser, men en som deltar i denne prosessen. Imidlertid er det viktig å ha bevissthet rundt at personen ikke skal bestemme en behandlingsform, men vedkommende har rett til å medvirke, rett til informasjon og rett til å bli hørt i prosessen (Tveiten, 2007).

2.1.2 Nettverk og livskvalitet

Et nettverk endres i sammensetning og funksjon både etter alder og livssituasjon, kjønn, etnisitet, sosial tilhørighet og bosted. En persons sosiale nettverk består ofte av personer som en har en gjensidig støtte og forpliktelser til. Dette kan være personer som har mye med hverandre å gjøre og omfatter gjerne familie og nære venner (Bø & Schiefloe, 2007).

Livskvalitet innebærer å oppleve livet som godt og ha en grunnstemning av glede. Forskjellige erfaringer, verdier, behov og smak gjør vi finner ulike gleder og goder i livet. Dermed er årsakene til at vi finner livskvalitet ulik fra individ til individ (Næss, 2001). Livskvalitet og helse virker til å være nært knyttet opp mot hverandre og gode relasjoner mellom mennesker er viktig for helse, trivsel og velvære. Det viser seg at støttende relasjoner gir et godt grunnlag for god livskvalitet. Bekreftende tilbakemeldinger på identitet, selvbilde og mestring gir helsegevinst, fordi den delvis beskytter mot stress og kan være både sorg og smertedempende. Sterke nettverk kan styrke motstandskraften, bremse sykdomsutvikling og reduserer symptomer og smerter. Andre nettverk av betydning, kan også oppleves gjennom

arbeidsplassen med gode kollegaer, opplevelsen av å gjøre noe meningsfylt og ved å ha noen å snakke med (Bø & Schiefloe, 2007).

2.1.3 Identitet og selvoppfatning

Håkonsen (1999), skriver at både akutt og alvorlig sykdom nesten alltid innebærer dramatiske endringer i en persons liv, så sykdommen vil også påvirke personens identitets og selvoppfatnings opplevelse. Personen kan føle seg maktesløs, som ofte kan inntre når en mister kontroll.

Det er grunnleggende med selvforståelse i all mestring. Sykdom påvirker hele personen og kanskje også personligheten. Personligheten styrer det vi sier og gjør (Vifladt & Hopen, 2004). Det er viktig for motivasjon og målsetting at en har tillit til egen mestringsevne, hvordan en selv vurderer egen mulighet for mestring og ikke hva andre tror en vil klare. Det blir viktig å vurdere personlige ressurser, ressurser i familien, det sosiale nettverket og ressurser i samfunnet til å være større en de utfordringene man står i. Erfaringer fra lignende utfordringer vil prege vurderingen (Frank & Hanssen, 2013).

2.1.4 Følelsesmessige reaksjoner på kroniske sykdommer/-langvarig sykdom

Personer med kronisk sykdom lever ofte i noe som kan beskrives som en følelsesmessig unntakstilstand. Den første tiden etter at en person har fått en kronisk lidelse, er tilstand av sårbarhet et viktig følelsesmessig element. Denne sårbarheten kan vises på flere ulike måter. Noen opplever å få en diagnose som et sjokk. For den dette rammer oppleves dette så sterkt og truende at personen ikke orker å ta den nye virkeligheten innover seg. Et forsvar blir å distansere seg. Varigheten av en slik tilstand kan vare fra noen timer til flere måneder. Andre kan reagere med lettelse. Engstelsen over hva det kan være, er avklart. En slik følelse kan vare i flere år hvis sykdomsbildet er stabilt eller lar seg kontrollere på annen måte. En følelse av uvirkelighet er også en reaksjon hos de rammes av en kronisk lidelse. Personen kan ta innover seg fornuftsmessig det som har inntruffet men følelsesmessig makter ikke personen å ta dette innover seg (Sjøvoll, 2002).

Etter første fase, kommer vissheten om den nye livssituasjonen. Det blir en sammenheng mellom følelsesmessige og de fornuftsmessige delene av reksjonene. Men prosessen kjenntegnes fortsatt som en drakamp mellom følelser og fornuft. Tredje fase, er sinne. Den som er

rammet opplever det som har skjedd som urettferdig og reagerer med sinne, fortvilelse og bitterhet. Denne fasen oppleves som veldig vond. Ofte oppleves denne fasen som at man er i ferd med å miste kontrollen. For den som står midt i denne fasen, virker alt meningsløst. Det finnes ingen rettferdighet eller fornuftig forklaring på at noen skal oppleve slike hendelser, dermed er det et berettiget sinne som kommer til overflaten. Brukes sinnet som et kortvarig utløp for bitterhet og urettferdighet, vil personen i neste omgang få frigjort energi til å gå videre (Sjøvoll, 2002).

Neste fase kjennetegnes ved at man blir handlingsorientert. Ubevisst vil man rette oppmerksomheten mot å handle og ikke la mulighetene gå fra seg. Den handlingsorienterte fasen er preget av forhandlinger og håp. Disse forhandlingene kan skje både bevisst og ubevisst. Ofte kan man tenke at det en gjør kan påvirke utfallet av sykdommen. Personen kan ønske å gjøre det man kan for å dempe skaden av det som har skjedd. Håpet kan gi motivasjon til å mestre en nye livssituasjonen på best mulig måte. Likevel er det viktig at håpet balanseres, at det ikke stilles for urealistiske håp, men med en erkjennelsen av at man må akseptere det nye tilværelsen med sykdom. Alle vil ikke oppleve denne fasen like sterkt. Noen har denne fasen integrert i andre faser, for andre kan den være mer eller mindre fraværende (Sjøvoll, 2002).

Sorg er også en fase den kronisk syke kan komme i. Det tar ofte tid før man tar innover seg realitetene, enten bevisst eller ubevisst. Man vet at man blir konfrontert med tunge følelser over det som føles som et tap. For kronisk syke opptrer sorgen på flere ulike nivåer. Dette kan gjelde både sorg over tapt helse og tapte muligheter. Sorgarbeidet kan gi et nytt og annerledes perspektiv på livet. Livet skal leves og en erkjennelse om at livet går videre. Mot slutten av denne fasen kan man se hva slags andre muligheter livet byr på (Sjøvoll, 2002).

Akseptasjonsfasen kjennetegnes ved at nå stritter ikke følelsene lenger imot og man føler seg friere til å gå videre i livet. Når man står mer stødig følelsesmessig, begynner man å lete etter andre muligheter livet kan by på. Livskvalitet prioriteres nå mer enn tidligere. Når årsaken til krisen kommer mer i bakgrunnen erkjenner man at en slipper ikke unna det en er rammet av, men man har fått nye perspektiver på livet. Noen som rammes av kronisk sykdom vil ha en negativ sykdomsutvikling med medisinske komplikasjoner og usikkerhet om fremtiden. Dette kan føre til at vedkommende kan gå tilbake til tidligere krisefaser. Men bearbeidelse av disse fasene vil gjøre en bedre rustet til å mestre tilbakeslag (Sjøvoll, 2002).

Mestring er ikke et begrep som kun knyttes til mennesker med kronisk sykdom, det er et vanlig begrep som gjelder alle i ulike faser. Det som derimot skiller, er at ved kronisk sykdom blir evnen til å mestre satt på en stor prøve. Utfordringene som skal løses er forskjellig fra sykdom til sykdom og endres i ulike faser av sykdommene. Mestring er derfor ikke noe som gjøres en gang, men det er en prosess som pågår kontinuerlig (Vifladt & Hopen, 2004).

2.1.5 Sense of coherence

Sense of coherence (SOC) er et begrep som er sentralt i Aaron Antonovskys salutogenesiske modell. Modellen bygger på salutogenese, et begrep som ble skapt gjennom hans forskning på faktorer som påvirker helsen (Martinsen, 2011). I hovedsak dreier det salutogenesiske perspektivet seg om å rette oppmerksomheten mot det som fremmer helsen (Antonovsky, 2012).

Sense of coherence betyr opplevelse av sammenheng og består av tre kjernekomponenter, begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet handler i hovedsak om å forstå det som skjer rundt en, at det oppfattes som sammenhengende, strukturert og ryddig. Dette bør være forutsigbart, eller hvis det kommer som en overraskelse skal det helst kunne plasseres i en sammenheng og forklares. Håndterbarhet, defineres som å ha ressurser til å takle det som hender. Ved å ha en sterk opplevelse av håndterbarhet føler man ikke at man er et offer for virkeligheten eller at livet har behandlet en urettferdig. Livet kan gå i motbakke, men når dette skjer, klarer man å takle, bearbeide og komme videre. Den siste komponenten, meningsfullhet, er at det en opplever at skjer, skal kunne gi mening og disse utfordringer i livet skal det være verdt å engasjere seg i. Man er bestemt på å finne en mening i det som skjer og komme seg best mulig gjennom prosessen. Disse tre komponenter henger sammen og er gjensidig knyttet til hverandre (Antonovsky, 2012).

En sterk følelse av sammenheng vil man ikke kunne oppleve på alt i livet, men det viktige er at en finner faktorer i denne situasjonen som oppleves begripelig, håndterbart og meningsfullt. Antonovsky hevdet at det er fire faktorer som er må være tilstede i begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet for å kunne ha en sterk opplevelse av sammenheng (Jensen & Johnsen, 2000). Egne følelser, relasjoner til sine nærmeste, primære rolleaktiviteter som arbeid, skole eller lignende, og eksistensielle temaer som blant annet død, nederlag og personlige mangler er alle faktorer som er en viktig del av livet og som ikke kan utelates for å ha en sterk opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2012).

Det er en grunnleggende antagelse i det salutogenesiske perspektivet, at sykdom, kriser, konflikter og spenninger er alminnelig i menneskenes liv. Men med en sterk opplevelsen av sammenheng, altså en sterk opplevelse av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, vil det gjøre oss bedre rustet til å håndtere stressfaktorer. Antonovsky hevdet blant annet at en sterk opplevelse av sammenheng i seg selv, vil gi en bedret livskvalitet. Han hevdet at personer som lever med sykdom og har en sterk opplevelse av sammenheng, bedre tilpasser seg sin situasjon slik at graden av sykdom kan reduseres fordi de blant annet oppsøker hjelp tidligere enn andre (Jensen & Johnsen, 2000).

2.2 Sekundærforebygging

Når en sykdom allerede har inntruffet, vil man ta sikte på å forebygge videre uheldige tilstander eller en forverring av eksisterende sykdom. Dette kalles sekundærforebygging (Bø & Schiefloe, 2007). I *Samhandlingsreformen*, blir det blant annet nevnt at en etablering av lærings- og mestringstilbud i kommunene vil kunne sikre at en kommer tidligere inn i sykdomsutviklingen. En bredere tilnærming til mestring av sykdom eller funksjonssvikt kan sikre at brukere over tid gjennom oppfølging i nærmiljøet, kan få muligheten til å tilegne seg metoder til å håndtere hverdagen på en bedre måte. Ved en langvarig endring i livssituasjon som følge av skade eller sykdom vil det ofte ta tid før en finner ut hvilken måte man best kan mestre sitt nye liv (Helse og omsorgsdepartementet, 2009). Sekundærforebygging nevnes også i *Folkehelsemeldingen*, det skal vurderes et behov for flere nasjonale kompetanse-tjenester. Forebygging og folkehelse kan bli styrket gjennom kunnskap og kunnskapsbasert praksis i kommunene som kan fremme folkehelsearbeidet, også i form av sekundærforebygging av sykdom (Helse og omsorgsdepartementet, 2013).

2.2.1 Diabetes

Diabetes type 1

Det skilles mellom to hovedtyper diabetes, type 1 og type 2. Omlag 25 000 personer i Norge har diabetes type 1 (Diabetesforbundet, 2014). Ved diabetes type 1 skjer det en autoimmun prosess som fører til at kroppens insulinproduserende celler, betacellene, gradvis blir ødelagt. Sykdommen opptrer relativt brått, med tørste, hyppig vannlating, slapphet og vekttap. Personer med diabetes type 1 er helt avhengig av insulin for å overleve og behandlingen av sykdommen er livslang (Vaaler, 2002). Tilførsel av insulin blir tilført via insulinpenn-

injeksjoner eller insulinpumpe. Insulin, måltider og fysisk aktivitet må balanseres opp mot hverandre. Behandlingen er derfor krevende (Folkehelseinstituttet, 2014).

Diabetes er til stede 24 timer i døgnet, hele året, hele livet. En person med diabetes må lære seg å mestre livet med sykdommen. Det er viktig med et optimalt behandlingstilbud sammen med et tilrettelagt og kontinuerlig læringstilbud for å oppnå god mestring (Allgot, 2002).

Akutte komplikasjoner som kan forekomme ved diabetes type 1 er lavt blodsukker, føling og insulinsjokk. Symptomer varierer fra person til person men svette, skjelvinger, rask puls, uro, angst og sult er vanlig. Ved slike tilfeller er det viktig at en raskt for tilført sukker slik at blodsukkeret stiger. På svært lave verdier vil sentralnervesystemet bli påvirket og bevisstheten svekkes. I slike tilfeller er personen avhengig av at omgivelsene reagerer og får hjelp til å få i seg sukker. På sikt kan diabetes føre til komplikasjoner på en del av kroppens organer. Forskjellige organer rammes ulikt og vanligst finner vi disse komplikasjonene som sykdom i øyne, nyrer, nerver og hjertet (Vaaler, 2002).

Diabetes type 2

Langt flere personer har diabetes type 2 og forekomsten øker. Det anslås til at om lag 350 000 nordmenn har diabetes type 2 og man tror at om lag halvparten av disse har sykdommen uten selv å være klar over dette. Hvert år får cirka 6000- 7000 nordmenn diagnosen og antallet har blitt firedoblet de siste 50 årene (Diabetesforbundet, 2013).

De viktigste risikofaktoren for diabetes type 2 er overvekt, fedme og lite fysisk aktivitet. Diabetes type 2 er en av de største folkesykdommene i dagens Norge (Folkehelseinstituttet, 2010).

Diabetes type 2 skyldes delvis at insulinet virker for dårlig, insulinresistens, og delvis en nedsatt insulinproduksjon. Utviklingen av sykdommen er ofte langsom med diffuse symptomer, av den grunn kan det ta tid før diagnosen blir stilt. Sykdommen er alvorlig og kan være en medvirkende årsak til blant annet utvikling av hjerte og karsykdommer, hjerneslag, nyresvikt, blindhet, sår på føtter og amputasjoner (Diabetesforbundet, 2013).

Forebyggende tiltak for å hindre nedsatt glukoseintoleranse og utsette en utvikling av sykdommen kan være kosthold, mosjon og vektreduksjon. Dette kan også være behandlingstilbud på sykdommen. Mens andre trenger medikamenter for å regulere blodsukkeret (Folkehelseinstituttet, 2010). Disse medikamentene gis i form av blodsukkensenkende

tabletter eller insulin og så mange som 70 prosent kan trenge denne formen for behandling (Diabetesforbundet, 2013).

2.2.2 Multippel Sklerose

Multippel Sklerose (MS) er en kronisk betennelsesykdom i sentralnervesystemet. Nervefibrene er isolert med myelin. Det er myelinet som ødelegges og brytes ned rundt nervefibrene i sentralnervesystemet (Bertelsen, 2011). Dette kan føre til ulike grader av uførhet. Enkelte kan få symptomer en gang, andre kan få sterke funksjonsnedsettelse (MS-forbundet, 2008). Ofte vises sykdommen seg først med forbigående lette nevrologiske forstyrrelser som blant annet nummenhet, synsforstyrrelser, vannlatingsforstyrrelser eller muskelsvakhet. Senere kan det oppstå økende nevrologiske utfall og funksjonsnedsettelse. MS utvikler seg med ulik intensitet, i enkelte tilfeller utvikler sykdom seg raskt, kun over noen år. I andre tilfeller svært langsomt, gjerne over 20- 30 år (Bertelsen, 2011).

MS rammer både kvinner og menn, men om lag dobbelt så mange kvinner som menn får MS. Om lag 10000 personer lever med MS i Norge i dag. MS opptrer oftest i 20- 40 års alderen (Bertelsen, 2011).

Behandlingen av MS er avhengig av hvilken form for MS man har, men det finnes medisiner som kan lette på symptomene og bremse sykdomsutviklingen. Det viser seg at det ofte er slik at jo lenger en har hatt MS jo alvorligere kan symptomene være. Derimot har nye medisiner ført til bedre behandling for MS rammende og sykdommen påvirker i liten grad hvor lenge man lever (Helsebiblioteket, 2011).

2.2.3 Revmatoid Artritt

Revmatoid artritt er en kronisk og progressiv betennelsesaktig sykdom. Den domineres av mange betennelser i små og mellomstore ledd. Årsaken er ukjent, men at det kan være en viss arvelighet (Gran, 2013). Leddene blir hovne og smertefulle fordi immunforsvaret feilreagerer og angriper kroppens celler inne i leddene (Helsebiblioteket, 2012). Omtrent dobbelt så mange kvinner som menn rammes og gjennomsnittlig debutalder er 46 år (Gran, 2013).

Symptomene kommer vanligvis gradvis. Ofte debutterer sykdommen med at leddene blir stivere, særlig om morgenen. Det er som regel hender og føtter som først blir angrepet, etter

hvert kommer det symptomer i større ledd (Helsebiblioteket, 2012). Det vanligste er få betennelser i flere ledd som gir smerter, hevelser og redusert bevegelighet. Sykdommen kan føre til at man etter hvert utvikler feilstillinger og muskelsvinn (Gran, 2013).

Revmatoid artritt arter seg ofte svært ulikt fra menneske til menneske. Hos noen kan smertene komme og gå og noen opplever kun milde symptomer. Men de aller fleste får sterkere plager etter hvert. Behandling av sykdommen skjer gjennom medisiner som demper skadene i leddene, det tar noen måneder før disse virker. Ulike typer av betennelsesdempende medikamenter benyttes også. Det kan være tyngende å få diagnosen revmatoid artritt. I tillegg til god medisinsk behandling viser det seg at støtte fra venner og familie er til god hjelp (Helsebiblioteket, 2012).

2.2.4 Kreft

Kreft er en fellesbetegnelse på flere ulike krefttyper, felles for kreftsykdommene er at det foregår en unormal celledeling eller cellevekst (Nylenna, 2012). Det er ondartede svulster som betegnes som kreft. Disse svulstene fortsetter å vokse og kan gjøre alvorlig skade på vev og organer i nærheten av svulsten. Løse kreftceller kan bli transportert rundt i kroppen i blod og lymfesystem, dette kan føre til at nye svulster sprer seg til andre steder i kroppen. I slike tilfeller vil ofte pasienten dø av sin kreftsykdom. Det er brystkreft som er den vanligste kreftformen hos kvinner og prostatakreft hos menn. Hormonbehandling, stråleterapi, cytostatika og kirurgi er aktuelle behandlingsformer for disse kreft typene. Både brystkreft og prostatakreft har cirka 85 prosent overlevelse etter 5 år. Det betyr at mange lever med kreftsykdommen lenge (Kreftregisteret, 2013).

Stadig flere og flere får kreft, men det er også slik at flere og flere blir helt friske. Personer med kreft lever lenger og har høyere livskvalitet enn tidligere. Forebyggende tiltak, tidligere diagnostisering og bedre og mer tilpassede metoder for behandlingen er en årsak til dette. Det er gode overlevelsesutsikter for noen kreftformer, også for personer med en framskreden sykdom. Andre kreftformer har hatt mindre behandlingsmessige gjennombrudd og i disse tilfellene er det kun en liten andel av de som blir syke som overlever (Kreftregisteret 2013).

3. Metode

I dette kapitlet vil jeg beskrive metoden som er valgt for å besvare problemstillingen. Sosiologen Vilhelm Aubert formulerer metode slik ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Sitert i Dalland, 2012, s. 111).

Metoden som velges skal gi oss gode data og belyse problemstillingen på en faglig interessant måte (Dalland, 2012).

3.1 Valg av metode

Jeg har valgt å skrive et litteraturstudie. Litteraturstudiet er valgt ut i fra hvor mye tid som er avsatt til oppgaven. Det finnes også mye tilgjengelig materiale om temaet, og et litteraturstudie vil belyse min problemstilling på en best mulig måte.

Jeg har valgt å benytte meg av både kvalitativ og kvantitativ data. Kvalitativ data gir et beskrivende bilde av resultatene som er kommet fram i benyttet forskning. Kvantitativ data er mer basert på tall og utbredelse men er også med på å besvare min problemstilling.

3.2 Litteratursøk

I oppgaven har jeg valgt å bruke pensum litteratur og i tillegg selvvalgt litteratur. For å finne og søke opp litteratur har jeg valgt å bruke anerkjente databaser som Ebscohost, SAGE og SveMed, gjennom høgskolens bibliotek. Mestringsstrategier vil være individuelt fra person til person og vil ikke være i stor endring tidsmessig. Likevel har jeg valgt å bruke artikler fra de seneste år. I størst mulig grad har jeg forsøkt å benyttet primærkilder, men har også benyttet sekundærkilder. Jeg har benyttet pensumlitteratur, fagbøker og artikler. Fagbok litteraturen er søkt opp gjennom høgskolebibliotekets søkemotor, Oria. Jeg har benyttet søkeordene livskvalitet og mestring. Jeg mener denne litteraturen er gyldig og holdbar fordi de omhandler mestring og ulike mestringsstrategier innen somatisk helse og er skrevet av anerkjente fagpersoner som lege, professor, psykolog og ergoterapeut. Artikkene jeg har benyttet er både kvalitative og kvantitative. På en av de to kvantitative artikkene fikk alle deltakerne to ulike spørreskjemaer. På en av de kvalitative artikkene er det benyttet kvalitativ innholdsanalyse

som benyttes for å granske og tolke tekster (Lundmann & Graneheim, 2008). Tolkningen er blitt utført gjennom en hermeneutisk prosess. Hermeneutikk betyr å fortolke og søker etter en helhetlig forståelse av menneskene og dets samfunn. Sammenhengen gir en bestemt mening og gir verktøy til å forstå fenomenene (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Den andre kvalitative undersøkelsen har benyttet fokusgruppe intervju. Det vil si gruppesamtaler. Gruppesamtaler kan variere i størrelse, alt fra 4- 12 personer. Denne fokusgruppen bestod av 4 personer og betegnes som en minigruppe. Noen av fordelene med minigrupper er at deltakere kan ha mye kunnskap og erfaring og dele. Dermed kan en ha mulighet til å høre mest mulig fra den enkelte deltaker. Ulempen med en slik gruppe kan være at ved få deltakere kan det være vanskelig å få til en diskusjon (Johannesen et. al). Jeg har valgt å se spesielt etter multippel sklerose, diabetes, revmatoid artritt og enkelte kreftformer.

3.2.1 Tabell 1

Tabellen beskriver hvilke søkeord jeg har benyttet i artikkelsøk, i hvilken database søkene er foretatt, hvilke avgrensinger som er gjort og antall artikler benyttet etter litteratursøk.

Søkeord	Database	Antall treff	Avgrensing	Antall benyttet
Coping	SveMed	84	Norske artikler	1
Coping AND Cancer	SveMed	35	Engelsk abstract	1
Coping AND coping styles AND MS	SAGE	192	Fra år 2004-	1
Coping styles	SveMed	61		1
Coping styles AND adults AND diabetes	Ebscohost	8	Engelsk abstract Fra år 2000-	1

3.3 Kildekritikk

En metode som benyttes for å fastslå om en kilde er sann, er kildekritikk. Kildene som benyttes, vurderes og karakteriseres (Dalland, 2012). Jeg har i hovedsak benyttet meg av artikler av nyere dato, det vil si fra 2002 og nyere. Dette er gjort for at nyere forskning er mer aktuell. Jeg har vurdert artiklene som pålitelige blant annet ut fra hvilke fagtidsskrift artiklene er publisert i, og at jeg vurderer databasene som troverdige. Artiklene er peer review artikler, det vil si at de er fagfellevurdert. Artiklene vurderes og godkjennes av andre eksperter på fagfeltet før artiklene blir publisert (Dalland, 2012). I tillegg har jeg gjort forfattersøk og funnet at forfatterne er anerkjente på sine fagområder og har flere artikler publisert. Jeg vurderer litteraturen jeg har funnet som relevant for min problemstilling fordi litteraturen omhandler spørsmål jeg ønsker å undersøke.

4. Resultat

Her beskrives resultatene som har fremkommet av artiklene jeg har valgt å benytte. Tittel på artiklene er valgt som overskrift.

4.1 Coping styles among adults with Type 1 and Type 2 diabetes

Dette er en kvantitativ studie som ser på ulike mestringsstrategier på voksne med type 1 og type 2 diabetes. 534 norske voksne med enten type 1 eller type 2 diabetes i alderen 25-70 år deltok i studien (Karlsen & Bru, 2002).

Artikkelen innleder med at både personer med type 1 og type 2 diabetes må ta hensyn til og regulere blodsukkernivået. Hos personer uten diabetes, vil denne prosessen foregå automatisk i kroppen. Det påpekes derfor at mestring av diabetes vil være annerledes en for andre kroniske lidelser. Den psykiske byrden ved å ha diabetes er høy, fordi mange kanskje anser seg selv som ansvarlig for sin egen helse. Personer med diabetes må følge et krevende behandlingsregime og kan derfor frykte konsekvensene ved ikke å følge dette regimet nøye. Mange personer med diabetes lykkes med å akseptere diabetes som en del av seg og leve med de utfordringene sykdommen gir i dagliglivet, men diabetes involverer mange stressfaktorer for den enkelte. Diabetesrelatert stress kan påvirke den enkeltes mulighet til selvkontroll fordi stresset påvirker den metabolske kontrollen og personen kan komme inn i en ond sirkel. I forhold til diabetes, vil problemfokuset mestring bli spesielt viktig for å oppnå metabolsk kontroll og dermed forebygge diabetes relaterte problemer som episoder av hypoglykemi og senkomplikasjoner.

Det viser seg i undersøkelsen at å søke sosial støtte både til rent tekniske grunner og følelsesmessige grunner vurderes til å være et egen mestringsmåte blant personer med diabetes. Å søke sosial støtte for teknisk behov, blir sett på som problemfokuset mestring, mens å søke støtte for følelsesmessige grunner blir sett på som følelsesfokuset mestring. Men i praksis blir de brukt om hverandre. I tillegg kan det være en hensikt å søke følelsesmessig støtte for tekniske behov for å mestre diabetes relaterte problemer. En person med diabetes som føler seg usikker på grunn av diabetesrelaterte problemer, kan bli beroliget gjennom å motta moralsk støtte, sympati og forståelse. Dermed kan vedkommende fortsette å bruke

problemfokustert mestring. Begge typene for mestring kan avlede oppmerksomheten bort fra å tenke på diabetesrelaterte problemer. Resultatene fra studien viste at majoriteten av de spurte, rapporterte at de tilpasset seg sin diabetes. Resultatene viste likevel ingen signifikante sammenhenger med tilpassing og aktive mestringsstrategier. Dette kan bety at grunnlaget for å tilpasse seg utfordringene ved diabetes ikke var annerledes enn ved å bruke aktive mestringsstrategier. Et oppmuntrende funn i undersøkelsen var at kun en liten andel av de spurte, responderte ved å mestre sine diabetesrelaterte problemer, med passiv følelses fokustert mestring, som fornektelse, utkobling eller resignasjon.

En stor andel av deltakerne besvarte at de ofte klandret seg selv i møte med diabetesrelaterte problemer. Artikkelen nevner at disse funnene kan forstås utfra de helt spesielle begrensingen det er ved å ha diabetes. Diabetes må det leves med hver dag, hele tiden og utallige valg og avgjørelser må tas i forsøk på å tilnærme seg en ikke diabetikers metabolske tilstand.

Et annet formål med studien var å se om det var ulike mestringsstrategier mellom personer med type 1 eller type 2 diabetes. Resultatet viste at voksne med diabetes type 1 ofte søkte mer støtte og var mer tilbøyelige for selvbebreidelse i møtet med diabetesrelaterte problemer enn personer med diabetes type 2.

4.2 Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus

Dette er en undersøkelse hvor et kvalitativt design ble benyttet. Det ble gjennomført intervjuer på tretten deltakere mellom 26-65 år med nylig diagnostisert diabetes. Deltakerne ble bedt om å fortelle om sin erfaring med å leve med diabetes. Det var 4 kvinner og 9 menn som deltok. Deltakerne ble ikke inndelt etter om de var diagnostisert med type 1 eller type 2 diabetes, men kriteriet var at de ikke hadde hatt diabetes i mer en 2 måneder (Kneck, Klang & Fagerberg, 2011).

Det kom fram i intervjuene at det hadde blitt en endring i livet til deltakerne som var annerledes fra før diagnosen ble stilt. Deltakerne måtte prioritere annerledes og det ble ulike livsstilsendringer. Kroppen sa tydeligere i fra hvis noe ikke stemte og blodsuktermålinger ble et viktig verktøy for å forstå hva som skjedde med kroppen når man ikke følte seg vell. Det ble viktig å forstå hvordan kroppen fungerte og hva som påvirket blodsukkernivået. Det ble et behov for ny kunnskap og ble sett på som en nødvendighet for å kunne håndtere nye

utfordringer. Helsepersonell ble sett på som en viktig medspiller. Dette kunne betegnes som en stein å lene seg mot og ble i situasjoner med usikkerhet, sett på som en trygghet. Men det ble også påpekt at i møte med helsepersonell var det mye fokus på insulindoser og blodsukkerverdier, og derfor lite rom for å dele sine spørsmål og bekymringer. Det oppsto også negative følelser i møte med lite kvalifisert helsepersonell, for eksempel å få råd som var lite hensiktsmessig førte til en mistro til helsepersonellet. Undersøkelsen konkluderer med at personer som har levd med diabetes en kort stund, finner kunnskap gjennom sine egne ressurser og livserfaring. Det kan være bekymring rundt den nye livssituasjonen og i tidlig stadiet av sykdommen er det viktig å forstå signalene kroppen gir og få kontroll over sykdommen.

4.3 Patient information and coping styles in multiple sclerosis

Dette er en kvantitativ undersøkelse på MS pasienters mestringsstrategier sett i forhold til hvilken informasjon de fikk om sykdommen når de fikk diagnosen MS. Alle pasienter som ble diagnostisert med MS eller mulig MS mellom 1998 og 2000 i Hordaland og sørlige deler av Rogaland ble inkludert. Totalt var det 108 pasienter som ble identifisert i studieperioden og 86 av disse fullførte undersøkelsen. Det var 27 menn og 59 kvinner som deltok i undersøkelsen. Undersøkelsen ble utført gjennom to ulike spørreskjemaer i perioden. Hensikten med undersøkelsen var å finne ut om kvaliteten på informasjonen de fikk og hvordan denne ble presentert på det tidspunktet de fikk diagnosen, påvirker personens mestring (Lode et al., 2007).

Studier på mestring og MS har vist at vanligvis brukes følelses-fokusert mestring i et tidlig stadium av sykdommen, og også i forbindelser med angrep. Problemfokuserede mestringsstrategier brukes når personen har hatt diagnosen i flere år og har erfart at symptomene på sykdommen påvirker dagliglivet. Formålet med å gi informasjon om sykdommen er å forberede prosessen for å akseptere en kronisk lidelse. Noen pasienter har allerede hatt sine første symptomer på sykdommen i flere år før en diagnose blir stilt, mens andre opplever å få informasjonen som et sjokk.

Mestringsstrategier blir formet gjennom individets levetid og de kan endres. Det kan være andres påvirkning og også informasjon som blir gitt om MS. Mestring blir også situasjons

betinget i forhold til hvilken situasjon personen er i, men studien viste at det var like mye generell mestring som MS relatert mestring.

Resultatene viste at de mestringsstrategiene personer med MS brukte, var relatert til kvaliteten på informasjonen de fikk ved diagnose tidspunktet. De mest fornøyde pasientene innrapporterte at de brukte problemløsende strategier som planlegging og søkte sosial støtte for håndtering av sykdommen også til senere i sykdomsforløpet. Disse pasientene brukte også aktivt strategier for å kunne håndtere den psykiske byrden med å leve med MS, uten å fornekte sykdommen. Videre framkom det at de delte lettere sine MS relaterte følelser. Dette indikerer at de er mindre reserverte i forhold til å dele sine opplevelser rundt det å leve med MS og de så etter flere muligheter for å håndtere sin sykdom. Den mest brukte mestringsstrategien for stress situasjoner knyttet til MS var positiv nytolkning, planlegging og økt evne til mestring. Det kan virke som det benyttes en blanding av følelses- og problemfokuseret mestring, men at den følelsesfokuserte mestringen brukes i hovedsak.

Mer en halvparten av utvalget var fornøyd eller svært fornøyd med informasjonen de fikk på diagnose tidspunktet og om lag 40 prosent var misfornøyd eller svært misfornøyd med kvaliteten på informasjonen. Artikkelen nevner at det kan synes som om noen pasienter har fått manglende informasjon om MS relaterte problemer, men det viser seg også at det er store variasjoner i hvordan pasientene oppfattet informasjonen. Det nevnes videre at det er rimelig å anta at personlighetstrekk som optimisme og selvinnsikt har en innvirkning på hvordan pasienter med MS mottar informasjon og mestrer sin diagnose.

Fornektelse og tilbakeholdenhet kan være en form for unngåelsesmestring når grunnen til stresset er uklar, ved manglende kunnskap og personen kan gjøre lite for å hindre stresset. For pasienter med kroniske lidelser, som MS, kan unngåelse være en effektiv mestringsfaktor på kort sikt og kan gi pasienten litt pusterom fra sykdommen. Men på den annen side kan unngåelse av problemet ha negative konsekvenser fordi en person med MS må lære seg å leve et liv med ulike stressfaktorer fra sykdommen. Fornektelse og tilbakeholdenhet kan hindre at man tar til seg god informasjon om sykdommen og kan redusere mestringsevnen.

Denne studien har de funnet at pasienter som innrapporterte at de fikk god informasjon om sykdommen når diagnose ble stilt, synes å mestre sin sykdom tilstrekkelig. Derfor kan det tyde på en sammenheng mellom god informasjon og mestringsevne. Artikkelen påpeker at det

trengs kontrollstudier for å se nærmere på sammenhenger mellom god informasjon og god mestring av MS.

4.4 Ung voksen med Revmatoid Artritt (RA)

Dette er en kvalitativ undersøkelse hvor det er benyttet fokusgruppeintervju på totalt 4 personer i alderen 23- 33 år (Birkeland, Marsfjell & Stalsberg, 2011).

Artikkelen tar for seg sykdommen revmatoid artritt, en sykdom som vanligvis rammer voksne mellom 40- 60 år. I følge artikkelen er det ikke uvanlig at sykdommen rammer yngre voksne i alderen 20-35 år. Unge voksne har helt andre utfordringer enn hva eldre voksne og barn har. Det trekkes fram at de er i faser hvor de flytter hjemmefra, etablerer seg på egenhånd, ny bekjentskaper, studerer eller får seg jobb og viktigheten av å ta del i det sosiale livet. Fysiske begrensninger knyttes ofte til livskvaliteten hos disse menneskene. Hovedhensikten med denne studien var å se etter hvilke utfordringer unge mennesker med RA møter og hvilke mestringsstrategier de benytter for å oppnå følelse av velvære samt på hvilken måte strategiene varierer med sykdomsaktivitet. Flere typiske kategorier av mestring som problemfokuseret og følelsesfokuseret mestring ble benyttet, men også en kategori som inneholdt begge disse mestringsformene.

Det var særlig tre forhold de spurte i undersøkelsen beskrev. Blant annet kom det fram at sykdommen ikke er synlig for andre, de må legge begrensninger på seg selv og at det er vanskelig å bli trodd. De hadde en opplevelse av at det er mer allment akseptert å være syk når man er eldre. De begrenset sykdomssnakk for ikke å være til belastning. Noen vegret seg også for å fortelle om sin diagnose når de skulle etablerer seg i arbeidsmarkedet.

Informantene i fokusgruppen, oppga at de selv opplever velvære. De benyttet mestringsstrategier for å opprettholde denne velværen. Det var flere utsagn i retning av at de som kronisk syke hadde en ressurs de kunne benytte i andre sammenhenger. De forsøkte å få fokuset mot det som var positivt for dem og dra det positive ut av den negative situasjonen. Gjennom erfaring opplevde de at de var mer omsorgsfulle og tålmodige, fordi de hadde en større forståelse for andre mennesker med sykdom. Informantene mente de var mer fleksible mentalt fordi de er avhengig av hele tiden å finne en løsning. En langsiktig tenkning og dyktige til å planlegge var også positive egenskaper de mente de hadde lært seg som kronisk

syke. Sykdommens svingninger gjorde også sitt til at de mente de var flinke til å verdsette gode dager og verdsette mindre gleder.

Humor ble nevnt som en strategi for å få fokuset bort fra det som var problematisk. Ved å enten ha studier eller en jobb å gå til, ga motivasjon. De så nytteverdien i arbeidet de gjorde. Det å finne aktiviteter som de mestret med sykdommen og finne alternativer når det fysiske sviktet ble satt stor pris på. Det ble også oppgitt at å gjøre aktiviteter som ga glede men kanskje ga et negativt utfall i etterkant, likevel ga økt livskvalitet slik at opplevelse av gleden ved aktiviteten, veide opp for det negative utfallet i etterkant. Det kom fram av studien at deltakerne av fokusgruppen var dyktige til å utnytte gode perioder godt. Ved å ha god sosial støtte og benytte denne støtten ulikt var en strategi som var av stor betydning. De ulike strategiene ble benyttet utfra hvilken utfordring de omtalte. Når deltakerne var i dårligere perioder utpekte det seg at de var mer avhengig av støtte fra omgivelsene rundt seg for at de skulle fortsette å ha det bra. Både støtte gjennom omsorg men også praktisk hjelp.

4.5 Det er mitt liv det gjelder

Denne studien har valgt et kvalitativt design og analysering av data er gjort utfra kvalitativ innholdsanalyse. Artikkelen omhandler kreftpasienters beskrivelse av sine mestringsmuligheter, utfra hvordan det kommer til uttrykk på et lukket internettbasert diskusjonsforum. Det er 711 innlegg fra 2006 – 2008 som er analysert i denne studien. Det var 45 kvinner fra brystkreftforumet med totalt 365 innlegg som ble analysert. Fra prostatakreftforumet deltok 17 menn med totalt 101 innlegg. Fellesforumet bestod av 25 kvinner og 7 menn og totalt 228 innlegg (Varre, Slettebø & Ruland, 2011).

Bruken av dette diskusjonsforumet som en mestringsmulighet for å takle utfordringer, kommer tydelig fram. Det gis uttrykk for at de har behov for å kunne være hovedpersoner i sitt eget liv. De ønsker å ta ansvar for seg og sine men ikke alene. At de blir lyttet til og respektert er mobiliserende for at de skal holde ut, mestre og leve med situasjonen. Det vekker mange og sterke følelser gjennom usikkerheten det innebærer å ha en livstruende sykdom, slik at behovet for hjelp for å kontrollere sine følelser beskrives som viktig for mestring. Støtte gjennom relasjoner i en kombinasjon med god dialog med helsepersonell ses på som svært viktig. Flere beskriver muligheten for å mestre gjennom evnen til å mobilisere og muligheten til å kunne påvirke situasjonen. De ønsker å være aktivt deltagende. Det framkommer at de har et behov for å kunne tenke på noe annet og gjøre lystbetonte aktiviteter

for både å møte mentale utfordringer samt å redusere fysiske plager i forbindelse med cellegiftbehandling.

Gjennom diskusjonsforumet kommer det fram at en aktiv deltakelse i sin situasjon, ansvarstaking og tro på egne ressurser er vesentlig. Å få uttrykt sine følelser gjennom å skrive i et diskusjonsforum kan man få reflektert og synliggjort disse som blir med inn i en bevissthets og bearbeidingsprosess. Vedkommende får tatt det innover seg. Studien påpeker at gjennom fortellinger og erfaringsutveksling kan det innebære mestringsmuligheter i et salutogenetisk perspektiv. Man kan finne et potensiale mot bedre helse gjennom økt begripelighet, håndterbarhet og meningsopplevelse. Videre framkommer det også at et slikt diskusjonsforum ikke vil være til hjelp for alle. Spesielt kanskje for nydiagnostiserte kreftpasienter som hadde et behov for å unngå smertelig detaljer når det gjaldt kreft. Men for de som aktivt velger å delta på et slikt diskusjonsforum viste deg seg som en god mestringsmulighet.

5. Diskusjon

I denne delen vil jeg diskutere teorien opp mot resultatene i artiklene. Denne diskusjonen vil vurdere resultatene i forhold til problemstilling. Hensikten med denne diskusjonen er å finne fram til hvilke mestringsstrategier som benyttes ved ulike former for langvarig eller kronisk sykdom. Det vil også bli diskutert ulike metoder for mestring og hvordan disse kan benyttes på en mest mulig hensiktsmessig måte.

Som nevnt tidligere i oppgaven deles det inn i to hovedformer for mestring, følelsesfokusert mestring og problemfokusert mestring (Håkonsen, 1999). Disse to hovedformene synes å bli brukt om hverandre, og hver for seg litt etter som hvilken fase man er i sykdommene. Et gjennomgående trekk i artiklene er at den problemfokuserede mestringen oftere ble brukt i situasjoner hvor sykdommen virket stabil og ble brukt for å forebygge sykdomsrelaterte problemer til en viss grad. Dette kan tyde på at problemfokusert mestring er mestringen som benyttes for kronisk eller langvarig syke når de er i stadier hvor sykdommen oppleves mer stabil, en har kontroll og sykdommen og livet oppleves som forutsigbart.

Behovet for å ha noen å snakke med, var et gjennomgående tema i artiklene. Støttende relasjoner gir et godt grunnlag for god livskvalitet og gode relasjoner og er viktig for helse, trivsel og velvære (Bø & Schiefloe, 2007). Det ble søkt etter sosial støtte i situasjoner med utrygghet og uvisshet rundt sykdom men også til mestring av sykdom rent teknisk. Dette kan tyde på at det er viktig for de med kronisk eller langvarig sykdom at de nærmeste rundt forstår situasjonen, og kan gi både trøst og vise sympati og forståelse. Samtidig ble det nevnt at de ofte kunne føle seg ensomme i sin situasjon, fordi de hadde få eller ingen i samme situasjon som de kunne identifisere seg med. En etablering av lærings og mestringstilbud i kommunene nevnes i *Samhandlingsreformen*, som et tiltak for å komme tidligere inn i sykdomsutviklingen (Helse og omsorgsdepartementet, 2009). Ved en slik etablering vil det sannsynligvis også være muligheter for flere med samme diagnose til å treffes og utveksle erfaringer. Min erfaring som student på et rehabiliteringssenter, var at deltakerne ble beroliget over å høre at andre hadde opplevd lignende episoder som seg selv, og følte en trygghet ved å kunne ha andre i lignende situasjon å identifisere seg med.

Håkonsen (1999) nevner at humor er et virkemiddel for følelsesfokuset mestring. Dette framgår også i resultatene, humor blir brukt som en strategi for å få tankene bort fra det som er vanskelig og kan gi vedkommende litt frihet fra sykdommen en stund. Dermed vil det være rimelig å anta at humor kan få en til å se lysere på tilværelsen, og kanskje gi rom for mobilisering av nye mestringsstrategier. På den annen side kan humor kunne bli en feil mestringsstrategi i tilfeller hvor man forsøker og fornekte situasjonen og dermed kan havne i en fornektelsesfase lenger en det som er hensiktsmessig.

Vifladt & Hopen (2004) skriver at sykdom påvirker hele personen og kanskje også personligheten. Dette kommer også til uttrykk i resultatene, enkelte opplevde at de var blitt mer omsorgsfulle og tålmodige, fordi de hadde en større forståelse for andre med sykdom. Andre opplevde at de var flinkere til å sette mer pris på gode dager og små gleder (Birkeland, Marsfjell & Stalsberg, 2011). Dette kan tyde på at det kan være lettere å sette seg inn i andres situasjon, ved selv å ha opplevd sykdom. Personligheten synes å forandre seg gradvis for noen, mens det ofte også kan handle om en grunnholdning til livet som muligens forsterkes ved sykdom. Lode et al. (2007) skriver i sin artikkel at trolig har personlighetstrekk som optimisme og selvinnsikt en innvirkning på hvor mottagelig MS pasienter er for informasjon om sykdommen og mestring av denne. Det er rimelig å tro at dette også er gjeldende for de øvrige pasientgruppene. Likevel bør man kunne anta at ulike faser av sykdom og følelsesmessig reaksjon på sykdom, vil kunne påvirke grad av optimisme og selvinnsikt i en mestringsprosess.

Bruken av et lukket internettbasert diskusjonsforum ble benyttet som en mestringsstrategi. Det lå en bevissthets og bearbeidingsprosess i å få gitt uttrykk for sine tanker og følelser gjennom å skrive. Samtidig framkommer det gjennom diskusjonsforumet, andre typer for mestringsstrategier som deltakerne brukte. For mange var det viktig å gjøre lystbetonte aktiviteter for å få tankene over på noe annet enn sykdom, for å kunne mobilisere til mentale utfordringer og redusere fysiske plager ved behandling (Varre, Slettebø & Ruland, 2011). Det ble hevdet at de fikk økt livskvalitet gjennom å gjøre aktiviteter som kunne gi et fysisk negativt utfall i etterkant. Derimot veide denne opplevelsen av glede seg opp mot det negative det påførte i etterkant (Birkeland et al., 2011). Fasen med sorg over tapt helse og tapte muligheter som Sjøvoll (2002) beskriver, kan kanskje reduseres noe, ved å gjøre aktiviteter som gir mer glede og økt livskvalitet enn den gir negative konsekvenser. Fordi mestringsfølelsen av å ha fått til noe positivt eller å ha opplevd noe positivt, kan mobilisere til nye krefter på sikt.

Resultatene viser at flertallet av informantene bruker aktivt strategier for å kunne håndtere sin sykdom og i stor grad ser de på sykdommen som en del av seg. Dette kan bety at de har kommet langt i den følelsesmessige reaksjonen på sykdommen. Likevel nevnes det at de ønsker å begrense sykdomssnakk, for ikke å være til belastning for andre. Det kan tyde på at noen med kronisk eller langvarig sykdom oppfatter seg som en belastning, kanskje skyldes dette at de har en følelse av at det er mange hensyn som må tas av omgivelsene. Dette kan knyttes opp mot noen av de utfordringene langvarig og kronisk syke møter i de ulike følelsesmessige fasene. Dermed vil det som Vifladt & Hopen (2004) skriver, mestring er en prosess som pågår kontinuerlig.

Felles for personene med ulik sykdom er at de to hovedgruppene med mestringsstrategier brukes om hverandre. Men det kan synes som at den følelsesfokuserte mestringen brukes mest i tilfeller hvor personene er i en mer uavklart fase og i faser hvor sykdommen føles uforutsigbar. Det kan synes som at personene med kreft som lever med en livstruende eller i en uavklart situasjon bruker de samme mestringsstrategier, men i noe sterkere grad, og at behovet for støtte gjennom gode relasjoner og god dialog med helsepersonell er enda sterkere.

Det som skiller personer med diabetes fra de andre personene, er at diabetesrelatert stress påvirker personens mulighet til selvkontroll fordi det påvirker den metabolske kontrollen. Disse personene kan da havne i en ond sirkel og det vil bli viktig med problemfokuserert mestring for å oppnå god metabolsk kontroll. I tillegg viste det at personer med diabetes type 1 var mer tilbøyelig for selvbebreidelse og de søkte mer sosial støtte enn personer med diabetes type 2 (Karlsen & Bru, 2002). Det kan være viktig at disse personene får hjelp i til både teknisk og følelsesmessig mestring i denne situasjonen. God kommunikasjon med helsepersonell og støtte fra omgivelsene kan være til god hjelp. Dermed kan den gis rom for at den onde sirkelen brytes og følelsesfokuserert og problemfokuserert mestring igjen kan brukes på en hensiktsmessig måte.

Resultatene viser at MS pasienter som følte de fikk god informasjon om sykdommen ved diagnose tidspunktet, virket til å mestre sin sykdom bedre enn de som var misfornøyd med informasjonen de hadde fått. Unngåelses mestring i form av fornektelse og tilbakeholdenhet er en strategi som ofte kan bli benyttet hvis vedkommende har manglende kunnskap og det er lite personene kan gjøre for å hindre det sykdomsrelaterte stresset (Lode et al., 2011). Dermed kan det synes å være slik at pasienter som oppfattet at de har fått manglende eller dårlig informasjon, kanskje heller ikke har følt seg som delaktig i behandlingsprosessen.

Resultatene til Kneck, Klang & Fagerberg (2011), viser også at det oppsto negative følelser i møte med helsepersonell hvor det var lite rom for å dele spørsmål og bekymringer eller i møte med helsepersonell som personene oppfattet som lite kvalifisert på området. Mæland (2012) påpeker at i en empowermentprosess er det viktig at personer blir gitt kunnskap for å kunne påvirke beslutninger som har konsekvenser for helsen. Behandlingen vil trolig kunne være den samme, men personens følelse av medvirkning og kontroll over eget liv vil antagelig kunne påvirke selvbildet og mestringsevnen. Personene ønsker å være hovedpersoner i eget liv og det å bli lyttet til og respektert er viktig for at de skal holde ut, mestre og leve med situasjonen de er i (Varre et al., 2011). Helsepersonell ses på som en viktig medspiller og oppfattes som en trygghet i situasjoner med usikkerhet (Kneck et al, 2011). God dialog med helsepersonell i kombinasjon med sosial støtte gjennom relasjoner ses på som svært viktig for å kontrollere sine følelser ved å ha en livstruende sykdom (Varre et al., 2011).

Antonovsky (2012) hevdet at uansett hvilke stressfaktorer vi omgir oss med i livet, om de er valgt eller påtvunget, så er i tvunget til å reagere i en eller annen form. En opplevelse av sammenheng gjennom komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet leder ikke til en bestemt mestringsstrategi, men det kan gi vedkommende en mulighet til å velge den mestringsstrategien som passer best for situasjonen og for personen selv (Jensen & Johnsen, 2000). Resultatene viser at det velges ulike mestringsstrategier ut fra hvilken situasjon personene befinner seg i, og det tas valg som føles best for den det gjelder. Det som kan virke uklokt for andre som ikke befinner seg i situasjonen kan vise seg å fungere som en god mestringsstrategi for den det gjelder. Det kan virke støttende for vedkommende at det vises aksept og forståelse for de valgene som tas.

Det framkommer ikke av resultatene om bruk av ulike mestringsstrategier ved langvarig eller kronisk sykdom er sekundærforebyggende. Derimot kan resultatene vise til at det brukes strategier som er hensiktsmessig for å håndtere sykdom. Det er rimelig å tro at god mestringsstrategi kan gi økt livskvalitet og som dermed kan virke sekundærforebyggende.

6. Konklusjon

Å rette fokus mot å dra det positive ut av en negativ situasjon, positiv nytolkning, planlegging bruk av diskusjonsforum på internett, bruk av humor og lystbetonte aktiviteter er mestringsstrategier som benyttes. Søking etter sosial støtte gjennom å ha noen og snakke med, få trøst og forståelse, benyttes ofte som en følelsesfokuset form for mestring. Begge hovedformene for mestring, følelsesfokuset mestring og problemfokuset mestring, er mestringsstrategier som benyttes av langvarig og kronisk syke. Det synes ikke å være store forskjeller i mestringsstrategier sykdommene i mellom, men heller i hvilken fase i sykdommen en er i. Mestringsstrategiene brukes om hverandre og begge formene brukes for å avlede oppmerksomheten bort fra sykdomsrelaterte problemer for en periode. Den følelsesfokusede mestringsstrategien blir benyttet oftere i et tidlig forløp av sykdom, i situasjoner med uforutsigbarhet og usikkerhet om framtiden. Humor og lystbetonte aktiviteter velges som metode for å få tanker bort fra sykdom og synes å øke mestringssevnen. Problemfokuset mestring blir oftere benyttet i situasjoner hvor sykdom og livet generelt, oppleves som stabilt og forutsigbart. God kommunikasjon med nære relasjoner og helsepersonell er viktig for opplevelse av mestring i hverdagen. God informasjon om sykdom ved diagnose tidspunkt synes å være viktig for å kunne mestre og håndtere sykdom på en best mulig måte.

Referanseliste

Allgot, B. (2002). Diabetes og samfunnet. I A. Skafjeld (Red.). *Diabetes- grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell* (s. 20-25). Oslo: Akribe Forlag

Antonovsky, A. (2012). *Helsens Mysterium*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Bertelsen, B. I. (2011). *Patologi-menneskets sykdommer* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske

Birkeland, M. H., Marsfjell, A. K. & Stalsberg, R. (2011). Ung voksen med Revmatoid Artritt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 7(1), 17- 31.

Bø, I. & Schiefloe, P. M. (2007). *Sosiale landskap og sosial kapital*. Oslo: Universitetsforlaget

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske

Diabetesforbundet. (2013). *Diabetes type 2*. Lokalisert på <http://www.diabetes.no/Diabetes+type+2.9UFRnQ4P.ips>

Diabetesforbundet. (2014). *Diabetes type 1*. Lokalisert på <http://www.diabetes.no/Diabetes+type+1.9UFRnQ3O.ips>

Folkehelseinstituttet. (2010). *Folkehelse rapport 2010: Helsetilstanden i Norge*. (Folkehelseinstituttet Rapport nr. 2, 2010). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt

Folkehelseinstituttet. (2014). *Type 1 diabetes*. Lokalisert på http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,5862&MainContent_6263=6464:0:25,5863&List_6212=6218:0:25,7330:1:0:0:::0

Frank, K. & Hanssen, K. T. (2013). *Du ser jo så godt ut! Kronisk sykdom bak fasaden*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Gran, J. T. (2013). *Innføring i klinisk revmatologi* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske

Helsebiblioteket. (2011). *Multipel Sklerose(MS)*. Lokalisert på <http://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/brosjyrer/multipel-sklerose-ms>

- Helsebiblioteket. (2012). *Reumatoid Artritt-leddgikt*. Lokalisert på <http://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/brosjyrer/reumatoid-artritt-leddgikt>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen*. (St. meld. nr. 47. 2008-2009). Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseoven)*. (Prop. 90 L, 2010-2011). Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-90-l-20102011/4/2.html?id=638516>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldingen*. (Meld. St. 34, 2012- 2013). Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?id=723818>
- Håkonsen, K. M. (1999). *Mestring og relasjon*. Oslo: Universitetsforlaget
- Jensen, T. K. & Johnsen, T. J. (2000). *Sundhetsfremme i teori og praksis*. Århus: Philosophia
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4.utg.). Oslo: Abstrakt Forlag
- Karlsen, B. & Bru, E. (2002). Coping styles among adults with Type 1 and Type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine* , 7(3), 245-259. <http://dx.doi.org/10.1080/13548500220139403>
- Kneck, Å., Klang, B. & Fagerberg, I. (2011). Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of caring Sciences*, 25(3), 558-566. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00864.x>
- Kreftregisteret. (2013). *Fakta om kreft*. Lokalisert på <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/>
- Kåss, E. (2009). Kronisk: *Store medisinske leksikon*. Lokalisert 14. mars 2014 på <http://sml.snl.no/kronisk>

- Lode, K., Larsen, J. P., Bru, E., Klevan, G., Myhr, K. M. & Nyland, H. (2007). Patient information and coping styles in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 13(6) 792- 799.
<http://dx.doi.org/10.1177/1352458506073482>
- Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2008). Kvalitativ innholdsanalyse. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-171). Lund: Studentlitteratur
- Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- MS-forbundet. (2008). *Kort om MS-noen korte fakta om multippel sklerose(MS)*. Lokalisert på <http://www.ms.no/sykdommen/kort-om-ms/>
- Mæland, J. G (2012). *Forebyggende helsearbeid*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Nylenna, M. (2012). *Medisinsk ordbok* (7. utg.). Oslo: Kunnskapsforlaget
- Næss, S. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. (NOVA Rapport nr. 3, 2001). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
- Seidel, J. (1984). *Veien til et bedre liv*. Oslo: Universitetsforlaget
- Sjøvoll, N. (2002). Følelsesmessige reaksjoner på kroniske somatiske lidelser. I A. Skafjeld (Red.), *Diabetes- grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell* (s.70-84). Oslo: Akribe Forlag
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker: Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget
- Vaaler, S. (2002). Sykdomslære. I A. Skafjeld (Red.), *Diabetes- grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell* (s. 26-42). Oslo: Akribe forlag
- Varre, P., Slettebø, Å. & Ruland, C. (2011). Det er mitt liv det gjelder. *Vård i Norden*, 31(3), 4-8
- Vifladt, E. H. & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk-samhandling om mestring og læring*. Oslo: Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom