

UNIVERSITETET I BERGEN

Institutt for Samfunnsmedisinske fag, Seksjon for Sykepleievitenskap

# **MESTRINGSRESSURSER OG HELSESTATUS**

**EN EMPIRISK UNDERSØKELSE AV PERSONER MED REVMATOID ARTRITT**

**Britt Øvrebø Haugland  
Hovedfagsoppgave  
Våren 1995**

# FORORD

I mange år har jeg vært opptatt av forholdet mellom menneskets ulike dimensjoner. Gjennom klinisk erfaring har jeg med interesse lagt merke til at noen mennesker har "et eller annet" ved seg, som gjør at uansett hvor dårlig de "objektivt sett" er, klarer de seg gjennom sykdom og kriser. Andre har langt bedre forutsetninger "objektivt sett", men klarer seg dårligere. Jeg har hatt lyst til å studere dette fenomenet i mange år, men har funnet at det er vanskelig å operasjonalisere denne "kraften". Etter å ha blitt kjent med Antonovskys teori om menneskets "Sense of Coherence", fant jeg gjenklang for mine tanker om dette fenomenet. Jeg er derfor takknemlig fordi Antonovsky ved hjelp av sin teori og sitt spørreskjema har gjort det mulig for meg å studere et så viktig og interessant fenomen. Jeg takker også vår Skaper som har lagt ned slike potensialer i hvert enkelt menneske.

For å gjennomføre en empirisk studie er det mye som må klaffe. Det er mange mennesker som på en eller annen måte har vært involvert i studien, og det er mange som fortjener takk. Jeg vil nevne noen. Takk til alle de 52 respondentene som villig har besvart et langt spørreskjema. Uten dere hadde ikke denne undersøkelsen vært mulig. Jeg vil også takke Bergen Revmatikerforening ved Solveig Bøe og Svein Johannesen som har gjort en fantastisk jobb, slik at det ble mulig for meg å få kontakt med respondentene.

For å gjennomføre prosjektet har jeg vært avhengig av økonomisk støtte. Jeg vil derfor takke for økonomisk støtte fra Bergen Revmatikerforening, Stipendfondet for kvinnelige studenter fra Bergen, Institutt for Samfunnsmedisinske fag, Det regionale høgstulestyret og Stiftelsen Betanien. I tillegg vil jeg takke min arbeidsgiver og mine kollegaer ved Betanien Sykepleierhøgskole for velvillighet i forbindelse med gjennomføringen av studien.

Jeg vil takke min veileder ved Institutt for Samfunnsmedisinske fag, Seksjon for sykepleievitenskap, amanuensis Christine Lindstrøm. Jeg vil også takke professor Ulla Qvarnstrøm som var med i den innledende fasen av oppgaveskrivingen.

I arbeidet med hovedoppgaven, som til tider har vært en tøff prosess, har jeg fått erfare hvor stor betydning støtten fra mine nærmeste har vært. Jeg vil takke mine foreldre, svigerforeldre og søsken, som har stilt opp på alle mulige måter for å "lette trykket". Min søster Anne har i tillegg vært en super ressurs med sine eminente datakunnskaper. Takk til Christine og Hanne Birgitte som til enhver tid minner meg om at det finnes en verden utenfor studiene og arbeidet, som tross alt har større betydning. Takk for deres omsorg og delaktige spørsmål om det har vært gøy på eksamen osv. Sist men ikke minst vil jeg takke deg Sven for en tålmodighet uten like, og at du har holdt ut med meg på tross av at jeg i perioder har vært fullstendig oppslukt av oppgaveskrivingen. På grunn av din innsikt både menneskelig og faglig har du vært min beste støtte både i gjennomføringen av dette prosjektet og for at livet har gått sin vante gang på hjemmebane.

Bergen, mai 1995

Britt Øvrebø Haugland

# INNHold

<b><u>KAPITTEL 1: PROBLEMSTILLING</u></b>	<b>6</b>
<b><u>KAPITTEL 2: ULIKE TEORETISKE PERSPEKTIV</u></b>	<b>11</b>
<b><u>2.1 INNLEDNING</u></b>	<b>11</b>
<b><u>2.2 REVMATOID ARTRITT</u></b>	<b>11</b>
<b><u>2.3 ULIKE PERPEKTIV PÅ HELSE</u></b>	<b>15</b>
<u>2.3.1 Analytisk perspektiv på helse - biostatisk teori</u>	16
<u>2.3.2 Holistisk helseteori</u>	17
<u>2.3.3 Salutogenisk teori - et nytt perspektiv på helse og sykdom</u>	18
<b><u>2.4 STRESS OG MESTRING</u></b>	<b>22</b>
<u>2.4.1 Stress</u>	22
<u>2.4.2 Ursins stressteori</u>	23
<u>2.4.3 Mestring</u>	24
<b><u>2.5 FORSKNING OM RA OG MESTRING</u></b>	<b>28</b>
<b><u>2.6 FORSKNING OM SOC</u></b>	<b>31</b>
<b><u>2.7 SAMMENHENGEN MELLOM SOC OG HELSE</u></b>	<b>32</b>
<b><u>2.8 HELSEINDIKATORER</u></b>	<b>34</b>
<b><u>KAPITTEL 3: MODELL OG HYPOTESER</u></b>	<b>39</b>
<b><u>3.1 INNLEDNING</u></b>	<b>39</b>
<b><u>3.2 TEORI- OG MÅLENIVÅ</u></b>	<b>39</b>
<b><u>3.3 ANALYSEMODELL</u></b>	<b>41</b>
<b><u>3.4 HYPOTESER</u></b>	<b>44</b>
<u>3.4.1 Sammenhengen mellom SOC og helsestatus</u>	44
<u>3.4.3 Sammenhengen mellom SOC OG tilfredsstillelse av egne prioriteringer</u>	48
<u>3.4.4 Sammenhengen mellom sykdomsvarighet og helsestatus</u>	48
<u>3.4.5 Sammenhengen mellom sykdomsvarighet og egenvurdert helse</u>	49
<u>3.4.6 Sammenhengen mellom sykdomsvarighet og tilfredsstillelse av prioriterte områder</u>	50
<u>3.4.7 Sammenhengen mellom alder og helsestatus</u>	50
<b><u>KAPITTEL 4: METODE</u></b>	<b>52</b>

<b><u>4.1</u></b>	<b><u>INNLEDNING</u></b>	<b>52</b>
<b><u>4.2</u></b>	<b><u>UTVALG</u></b>	<b>53</b>
<b><u>4.3</u></b>	<b><u>INSTRUMENT</u></b>	<b>57</b>
4.3.1	<u>Bakgrunnsvariabler (demografiske variabler)</u>	57
4.3.2	<u>Tilfredsstillelse av egne prioriteringer</u>	58
4.3.3	<u>"Arthritis Impact Measurement Scale" (AIMS)</u>	58
4.3.4	<u>"Sense of Coherence" (SOC)</u>	62
<b><u>4.4</u></b>	<b><u>RELIABILITET OG VALIDITET</u></b>	<b>66</b>
4.4.1	<u>Reliabilitet og validitet ved AIMS</u>	68
4.4.2	<u>Reliabilitet og validitet ved SOC</u>	69
4.4.3	<u>Reliabiliteten ved SOC i denne studien</u>	70
<b><u>4.5</u></b>	<b><u>STATISTISKE METODER</u></b>	<b>72</b>
<b><u>4.6</u></b>	<b><u>FORSKNINGSETISKE IMPLIKASJONER</u></b>	<b>73</b>
<b><u>KAPITTEL 5: RESULTATER</u></b>		<b>75</b>
<b><u>5.1</u></b>	<b><u>INNLEDNING</u></b>	<b>75</b>
<b><u>5.2</u></b>	<b><u>BESKRIVELSE AV UTVALGET</u></b>	<b>75</b>
5.2.1	<u>Alderssammensetning</u>	75
5.2.2	<u>Utdanning</u>	76
5.2.3	<u>Sykdomsvarighet</u>	77
5.2.4	<u>Tilfredsstillelse av egne prioriteringer</u>	78
5.2.5	<u>SOC</u>	81
5.2.6	<u>AIMS</u>	83
5.2.7	<u>Egenvurdert helse</u>	84
<b><u>5.3</u></b>	<b><u>HYPOTESETESTING</u></b>	<b>85</b>
5.3.1	<u>Hypotese H 1</u>	85
5.3.2	<u>Hypotese H 2</u>	90
5.3.3	<u>Hypotese H 3</u>	90
5.3.4	<u>Hypotese H 4</u>	91
5.3.5	<u>Hypotese H 5</u>	92
5.3.6	<u>Hypotese H 6</u>	92
5.3.7	<u>Hypotese H 7</u>	92
5.3.8	<u>Oppsummering av korrelasjonsanalysene</u>	92
5.3.9	<u>Regresjonsanalyse</u>	93
<b><u>KAPITTEL 6: DISKUSJON</u></b>		<b>96</b>
<b><u>6.1</u></b>	<b><u>INNLEDNING</u></b>	<b>96</b>
<b><u>6.2</u></b>	<b><u>SAMMENFATTENDE DISKUSJON AV HYPOTESETESTINGEN</u></b>	<b>96</b>

<b><u>6.3</u></b>	<b><u>TEORIETISKE IMPLIKASJONER</u></b>	<b>99</b>
<b><u>6.4</u></b>	<b><u>METODISKE IMPLIKASJONER</u></b>	<b>103</b>
<b><u>6.5</u></b>	<b><u>PRAKTISKE IMPLIKASJONER</u></b>	<b>105</b>
<b><u>6.6</u></b>	<b><u>STUDIENS BIDRAG</u></b>	<b>108</b>
<b><u>6.7</u></b>	<b><u>FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING</u></b>	<b>109</b>
	<b><u>REFERANSER</u></b>	<b>111</b>

## KAPITTEL 1: PROBLEMSTILLING

Denne oppgaven vil ta for seg forholdet mellom mestringsressurser og helsestatus hos personer med den kroniske lidelsen revmatoid artritt. Bakgrunnen for undersøkelsen er en generell undring over forholdet mellom "psyke og soma". Hvordan påvirker menneskets ulike dimensjoner hverandre. Bibelen peker på denne sammenhengen i Ordspr. 17,22. "Glede i hjertet gir god helse, missmot tærer på marg og ben." Ut fra klinisk erfaring med syke mennesker har jeg ofte stillt meg følgende spørsmål: Hvorfor blir noen friske, mens andre ikke blir det? I tilfeller der helbredelse ikke er mulig viser det seg at noen fungerer bra, mens andre ikke klarer seg under tilsynelatende like omstendigheter. I noen tilfeller er det de som objektivt sett hadde dårligst utgangspunkt, med hensyn til helse og sykdom, som klarer seg best. Det er mange som har forsøkt å gi svar på dette store spørsmålet. Hva er de drivende kreftene som gjør at noen klarer seg bra, mens andre ikke klarer seg?

En som har prøvd å gi svar på dette er Victor Frankl som har grunnlagt logoterapien. Begrepet kommer av det greske ordet "logos" som betyr ord eller mening. Kjernen i Frankls teori er at menneskets "søken etter mening" er menneskets motiverende kraft (Frankl, 1985). Grunnleggeren av kognitiv terapi, Aron Beck vektlegger det kognitive aspektet (det tankemessige). Beck fremhever at det er tanken som styrer individet. Det er tankemønsteret som styrer våre handlinger. Individet kan også helbredes fra en rekke forstyrrelser ved å endre tankemønster (Beck, 1978; 1988).

J.C. Smuts (1923) hevder at holisme er den drivende kraften i alt liv. I innledningen til "Holism and evolution" sier Smuts: *".. This factor, called Holism in the sequel, underlies the syntetic tendency in the universe, and is the principle which makes for the origin and progress of wholes in the universe. An attempt is made to show that this whole making or holistic tendency is fundamental in nature,..."* (1923). Smuts påpeker at alle ting, fra det minste atom, via personligheten, til hele universet uavlatelig streber mot helhet. Den enkelte struktur i individet, bestående av materie, liv og bevissthet kan ikke skilles, men kulminerer i personligheten. Denne helheten er mer enn delene. Den enkelte struktur kan ikke bare sørge for seg selv, men må yte sitt beste for helheten. Holisme er blitt et mye brukt begrep. I dagligtale blir det som regel brukt i betydningen "helhet" eller "helhetlig".

Aron Antonovsky har utviklet teorien om salutogenesen. Salutogenesen kan oversettes med: "det som skaper helse". Salutogenesen er menneskets innstilling til livet. Denne innstillingen til livet kaller Antonovsky for "The Sense of Coherence Concept" (SOC). I denne teorien legges det vekt på i hvilken grad mennesket opplever at livet har sammenheng, dvs. at det opplever livet som forståelig og meningsfullt, og i stand til å håndtere de utfordringer og stressorer som møter en i livet (Antonovsky, 1987). Denne teorien inkorporerer både det affektive aspektet, det kognitive aspektet og handlingsaspektet. Antonovsky har dermed tatt hensyn til flere av de krefter som motiverer og driver mennesket. Antonovskys salutogeniske helseteori inkorporerer også et helhetlig perspektiv. I teorien sin fremsetter Antonovsky følgende hypotese: *".. the strenght of the «SOC» has direct physiological consequences and, through such pathways, affects health status"* (Antonovsky, 1987).

I denne studien har jeg valgt å ta utgangspunkt i Antonovskys teori. Antonovsky tar hensyn til flere av menneskets dimensjoner, og på den måten ivaretar han et helhetlig perspektiv. I tilknytning til teorien har Antonovsky også utviklet et standardisert spørreskjema "The Sense of Coherence Questionnaire" (SOC). SOC er benyttet i en rekke internasjonale studier. I disse studiene har spørreskjemaet vist seg å ha høy reliabilitet og validitet.

Denne studien tar sikte på å benytte Antonovskys teori i forhold til en bestemt problemstilling. Studien vil derfor ha karakter av teoritestning. Teoritestningen vil foretas i forhold til en empirisk undersøkelse.



For å undersøke om det er en sammenheng mellom en persons "Sense of Coherence" og helsestatus må en ha nok variasjon i undersøkelsesgruppen til at en kan si noe om det er en forskjell på helsestatus mellom de med en svak og de med en sterk "Sense of Coherence". Jeg har derfor funnet det meningsfullt å undersøke en gruppe der vi ut fra sykdomsbeskrivelsen må forvente at helsestatus eller funksjonsnivå er tydelig påvirket. Til denne studien har jeg valgt personer med den kroniske lidelsen revmatoid artritt. Etter mitt syn vil en ikke forvente å få samme utslag i en "normalbefolkning", der bl.a. fysisk funksjonsnivå er vanskeligere å kartlegge. I tillegg til at denne pasientgruppen er godt egnet til å belyse problemstillingen, har jeg et ønske om å rette søkelyset mot mennesker med kroniske lidelser. Revmatiske pasienter har ofte blitt lavt prioritert innen helsevesenet. Ut fra kostnadshensyn prioriterer man ofte grupper som kan bli helbredet og bli inntektsbærende for samfunnet igjen.

Revmatoid artritt blir gjerne kalt for "leddgikt". Revmatoid artritt er en sykdom under gruppen muskel- og skjelettlidelser. Dette er en sykdom som i første rekke kjennetegnes ved smerte, stivhet og hemming av normale leddfunksjoner. Forskerne kan ikke med sikkerhet si noe om sykdomsårsaken, og så langt vi vet i dag finnes det ingen medisinsk helbredelse for sykdommen.

Denne undersøkelsen har ikke til hensikt å spekulere i årsakene til lidelsen, eller hvorfor disse menneskene har fått sykdommen. I studien tar en utgangspunkt i at personene har sykdommen. For denne gruppen kan en ikke sette helbredelse som et mål for helse. Hvordan disse menneskene fungerer med sin sykdom er derfor et mer meningsfylt mål for helse enn helbredelse.

For å måle helsestatus benyttes et helsestatusmål som er spesielt utviklet for personer med revmatiske sykdommer. I følge Smestad et. al. (1995) er sykdomsspesifikke spørreskjema å foretrekke fremfor generelle helsestatusmål, da disse tar hensyn til de forhold som er spesielle for ulike pasientgrupper. "Arthritis Impact Measurement Scale" (AIMS) er et standardisert spørreskjema som tar sikte på å kartlegge helsestatus hos pasienter med revmatiske lidelser.

I tillegg til det standardiserte spørreskjemaet AIMS blir respondentene bedt om å oppgi områder i livet som de selv vurderer som viktige, og i hvilken grad de føler de får tilfredsstilt sine egne prioriteringer. Personens tilfredsstillelse av egne prioriteringer anses som et viktig mål på helse innen holistisk helseteori.

Studien er foretatt blant 52 personer som er medlemmer av Bergen Revmatikerforening. Datasamlingen ble gjennomført som en postenquête der respondentene mottok spørreskjemaene i posten og returnerte dem uten at det var personlig kontakt mellom den som foretok undersøkelsen og respondentene.

Hovedproblemstillingen i denne undersøkelsen vil jeg oppsummere i følgende formulering: Vil styrken på personens "Sense of Coherence" påvirke helsestatus hos personer med revmatoid artritt?

Antonovsky står for et helhetlig syn på helse og sykdom. Alle aspekt ved helse er like viktige. Det mest interessante i denne undersøkelsen er i likevel i hvilken grad det er sammenheng mellom SOC og de fysiske aspektene ved helse. Andre undersøkelser har vist at det er en sammenheng mellom SOC og psykiske og mentale forhold ved helse (Langius, 1993; Langeland, 1994). Som tidligere nevnt var bakgrunnen for denne undersøkelsen en undring over forholdet mellom "psyke og soma". I biomedisinsk tradisjon tillegges de psykiske forhold ved helse liten eller ingen betydning. Boorse (1977) hevder at det er bare den fysiologiske delen av menneskets funksjon som er relevant for helse. Antonovsky (1988) derimot hevder at i stedet for kun å fokusere på sykdommen, bør en kartlegge personens helhetlige situasjon, inkludert personens sykdom. Det er derfor ikke grunnlag til å gå til den andre ytterlighet, å påstå at de psykiske faktorene er de viktigste. En grunnleggende antagelse for denne studien er at det er sammenheng mellom psykiske og fysiske faktorer ved helse. At disse faktorene gjensidig påvirker hverandre.

Denne undersøkelsen er foretatt innenfor sykepleievitenskap. Har problemstillingen relevans innenfor dette fagområdet? Både helsevesenet generelt og sykepleien spesielt har hatt en tendens til å ha en paternalistisk, eller kanskje en heller skal kalle det en "maternalistisk" holdning ovenfor pasienter. Dette begrunnes i et omsorgsideal, som kan føres tilbake til

mor/barn forholdet: "Mor vet hva som er best for barnet". Sykepleie eller annen intervensjon fra helsevesenet blir ofte utført ut fra hva vi tror er best for pasientene.

I den grad det er foretatt undersøkelser over hva som er viktig for pasientene, blir undersøkelsene nesten utelukkende gjennomført innenfor, eller i forbindelse med helsevesenet. Dette fører til en kunstig situasjon. For det første tilbringer de aller fleste pasienter mesteparten av tiden sin utenfor helsevesenet. Og en kartlegging av pasientens situasjon i det han er innenfor helsevesenet vil ofte gi et fordreid bilde av vedkommendes situasjon generelt.

Dersom en finner støtte for at det er en sammenheng mellom mestringsressurser målt ved hjelp av SOC og helsestatus hos mennesker med den kroniske lidelsen revmatoid artritt, kan det øke sykepleiens og helsevesenets forståelse for denne gruppen. En økt forståelse vil forhåpentligvis danne grunnlaget for mer relevante intervensjoner i forhold til denne målgruppen. Det er mulig at en må endre fokus fra å konsentrere seg kun om de fysiske aspekter ved sykdommen til også å bli mer målbevisst i forhold til de sosiale og psykologiske faktorer i behandlingen. Sullivan (1989) anbefaler sykepleie-teoretikere å benytte Antonovskys salutogeniske helseteori som bakgrunn for praksisveiledning, undervisning og forskning. Dette for å dreie fokus fra en biomedisinsk modell med fokus på sykdom, mot et mer holistisk helseorientert syn på sykepleie.

Opgaven er oppbygd på følgende måte: I kapittel 2 vil jeg gå nærmere inn på ulike teoretiske aspekt for å belyse problemstillingen nærmere. Empiriske studier som har relevans for undersøkelsen blir også presentert. På bakgrunn av de teoretiske perspektivene vil jeg i kapittel 3 presentere analysemodellen for studien. Analysemodellen vil bli nærmere presisert ved hjelp av hypoteser. Kapittel 4 vil ta for seg metodespørsmål, gjennomføringen av den empiriske undersøkelsen, presentasjon av måleinstrumentene og bedømming av reliabilitet og validitet. I kapittel 5 vil resultatene fra undersøkelsen bli presentert. Hypotesene som er fremsatt i kapittel 3 vil bli testet og analysemodellen vil bli presentert med statistiske sammenhenger. I kapittel 6 vil funnene bli diskutert.

## **KAPITTEL 2: ULIKE TEORETISKE PERSPEKTIV**

### ***2.1 INNLEDNING***

I dette kapitlet vil ulike teoretiske perspektiv som har relevans for problemstillingen bli behandlet. Først vil jeg gi en presentasjon av hva som kjennetegner revmatoid artritt (leddgikt). Derneft drøftes ulike perspektiv på helse. Antonovskys salutogeniske helseteori vil bli spesielt vektlagt, da denne er hovedteorien i studien. Ulike perspektiv på stress og mestring vil også bli gjennomgått. Jeg vil også se nærmere på empiriske studier som har analysert forholdet mellom revmatoid artritt og mestring. Avslutningsvis drøftes bruk av helseindikatorer som et middel får å måle personers helse.

### ***2.2 REVMATOID ARTRITT***

Revmatoid Artritt (heretter forkortet til RA) blir på norsk ofte kalt for leddgikt. Leddgikt kommer inn under gruppen sykdommer som vi i dagligtale kaller for gikt. Ordet gikt kommer fra det greske ordet "gutta" som betyr dråpe. På Hippokrates' tid (ca. 466-344 f.Kr), forestilte en seg at det dryppet giftige dråper fra hjernen gjennom kroppen og inn i muskler og ledd og fremkalte giktsmerter (dråpesmerter). Revmatisme har bakgrunn i de samme forestillinger om giftige vevsvæsker. Revma er også gresk og betyr strøm eller fløde, og en tenkte seg at

giftige væsker strømmet ut fra hjernen og inn i leddene. Revmatisme betyr en tilstand av strømninger. Revmatiske sykdommer er en samlebetegnelse for flere hundre forskjellige sykdomsbetegnelser (diagnoser), som kan være svært forskjellige både med hensyn til forløp, alvorlighetsgrad og påvirkelighet av behandling. Det er derfor viktig at en bruker den korrekte benevnelsen når en omtaler de ulike revmatiske sykdommene (Larsen et. al., 1984). Verdens Helseorganisasjon har delt revmatiske lidelser inn i tre hovedgrupper som har en del fellestrekk. RA hører med under gruppen betennelsesaktige revmatiske sykdommer. Det som kjennetegner disse sykdommene er en kronisk forløpende betennelse i synovialhinnen. Synovialhinnen er den hinnen som kler leddene (Larsen et. al., 1984).

RA er en lidelse som rammer en stor del av befolkningen i den vestlige verden. Det er vanskelig å si eksakt hvor mange, men Hart (1987) anslår det til ca. 2-4% av befolkningen. Munthe et. al. (1987) antyder 3 % og Kvien (1992) anslår ca. 1%. Det er flest kvinner som rammes av sykdommen. En regner fordelingen mellom kvinner og menn etter forholdet 3 til 1 (Hart, 1987; Munthe et. al., 1987) eller 2 til 1 (Kvien, 1992).

Det er ikke lett å komme til en enhetlig definisjon på RA, som tilfredsstillende kravene en har til sykdomskriterier. En definisjon som kommer nær de gjeldende kriterier er: *"En kronisk systemisk lidelse av ukjent etiologi, karakterisert av den måten det involverer leddet på"* (Short et. al., 1957). Sykdommen starter hyppigst i finger- eller tåledd. RA kjennetegnes ved at den angriper symmetrisk, dvs. at en får betennelse i f. eks venstre og høyre håndledd omtrent samtidig. Sykdommen angriper først og fremst ledd, men den kan også ramme forskjellige deler av kroppens bindevev og enkelte av de indre organer som hjerte, lunger og nyrer. Noen får også øyeforandringer (Munthe et. al., 1987).

Inflammasjonen i leddene kjennetegnes ved rødhet, varme, ømhet, hevelse, smerte og økt leddvæske. Ved RA er det leddhinnen som angripes. Denne fortykkes og vokser innover i brusken og bensubstansen, eller utover mot leddets støtteapparat. Betennelsen kan på denne måten ødelegge både brusk og bensubstans. Etter hvert forandres leddenes form, dette skjer ofte pga. at knoklene kommer ut av ledd. Leddforandringer kan utvikle seg snikende eller komme akutt. Langtkommet leddgikt kan føre til alvorlig funksjonshemming (Kvien, 1992; Schumacher et. al., 1988).

RA er en sykdom som er vanskelig å diagnostisere. Sykdommen kan slå ut ulikt på forskjellige individer. Hos noen (ca 50%) kommer sykdommen gradvis. Hos andre har sykdommen et akutt (ca. 25%) eller et subakutt (ca. 25%) forløp (Schumacher et. al., 1988).

Følgende kriterier er kan brukes for å diagnostisere sykdommen:

- 1) Morgenstivhet som varer i minst en time, over seks uker eller mer.
- 2) Hevelse av minst tre ledd, i seks uker eller mer.
- 3) Hevelse av håndledd, fingrenes grunnledd eller midtledd, i seks uker eller mer.
- 4) Symmetrisk hevelse.
- 5) Røntgen påviste forandringer på hendene.
- 6) Subcutane "knuter".
- 7) Revmatoid faktor (påvises ved hjelp av blodprøver).

Hvilke som helst fire av disse kriteriene er omtrent 93% sikre og 90% spesifikke for diagnosen RA (Arnett et al., 1987).

Som tidligere nevnt er etiologien ukjent, men en kan ved denne betennelsesreaksjonen se lignende reaksjoner som en finner ved betennelse i et transplantert organ under en såkalt forkastelsesreaksjon. Det er derfor ting som kan tyde på at RA er en autoimmun sykdom, dvs. at kroppens forsvarssystem går til angrep på egne ledd og organer. Immunsystemet aktiveres og det danner seg antistoffer og immunkomplekser, disse sammen med lymfocytter forårsaker betennelser i vevet (Munthe et. al., 1987). Det kan også være sammenfall mellom årsaken til sykdommen, arvelige faktorer og miljø. Forskning har vist at det kan være etniske, rasemessig og geografiske forskjeller på forekomsten av RA. Det har vært rapportert fra 0,2 % i Japan (Shiclikwi, 1966) til 1,7% i Israel, 3% i USA, 4,2% i Storbritania og 5,1 % blant amerikanske indianere (Cobb, 1971).

Som tidliger nevnt er forekomsten hyppigere hos kvinner enn hos menn ca. 3 til 1. Hos kvinner opptrer sykdommen ofte i forbindelse med overgangsalderen (Munthe et. al., 1987).

Utløsende faktorer kan være fysiske og psykiske traumer, bakterielle infeksjoner og virusinfeksjoner, men det kan også være tilfeldig at det opptrer samtidig (Schumacher et. al., 1988).

I tillegg til diagnosen er fastsetting av funksjonsnivå et viktig hjelpemiddel for å tilpasse behandling og for å måle utviklingen av sykdommen. Gode måleinstrument som er i utstrakt bruk til dette formålet er: "Classification of Functional Capacity in Rheumatoid Arthritis" (Steinbrocher, 1949), "Stanford Health Assessment Questionnaire" (Fries, 1981) og "Arthritis Impact Measurement Scale" (Meenan et. al., 1980).

Foreløpig finnes det ingen behandling som kan helbrede RA. Hovedmålet med behandlingen er å bevare og helst bedre pasientens funksjon og generelle livskvalitet. Behandlingen må derfor rette seg mot å redusere smerter, stivhet og andre plager. En bør også prøve å avgrense feilstillinger og redusert bevegelse i leddene. Tilbudet til disse pasientene vil bestå av en kombinasjon av legemidler, kirurgisk behandling, fysioterapi, ergoterapi og tilrettelegging for bruk av hjelpemidler. Det er også svært viktig at pasienten selv får kunnskap om sykdommen og lærer seg hvordan han selv kan mestre sin situasjon (Kvien, 1992). RA er en sykdom som rammer forskjellig, det er derfor viktig at den enkelte kjenner sin kropp og merker seg hva som fører til forbedring og forverring. Mange engasjerer seg f.eks. i interesseforeninger som "Revmatikerforeningen", der en både kan dele erfaringer, og få informasjon om nye ting innen feltet. For mange er dessuten sydenreiser av stor betydning for velværet, da mange føler at varme er med på å redusere stivhet og dermed også smerter. Mange føler at de har god hjelp av å legge om kostholdet.

Utvikling og prognose kan arte seg ulikt hos ulike personer. De fleste vil ha en kronisk progressiv utvikling med gode og dårlige perioder, men med en gradvis forverring av funksjonsstatus (Hart, 1987). Forhold som kan påvirke sykdomsutviklingen er hvor aktiv leddbetennelsen er og i hvilken grad leddene er skadet eller ødelagt av denne (Kvien, 1992). De alvorligste tilfellene av sykdommen kan gi betydelige funksjonshemminger, men med moderne behandling kan en begrense skadene. Det er få tilfeller i dag som utvikler seg så alvorlig at en blir avhengig av rullestol (Munthe et. al., 1987).

### ***2.3 ULIKE PERPEKTIV PÅ HELSE***

Mange forbinder begrepet helse med medisin og helsevesen. Nordenfelt (1987) viser til at det har eksistert et utall definisjoner av helse. I de siste årene har også disipliner som psykologi, sosiologi og sosialantropologi gitt sine bidrag. Nordenfelt som selv er filosof, mener at medisinen ikke har enerett på helsebegrepet, også filosofien har et bidrag i denne debatten. I følge Nordenfelt kan en se på helse og sykdom ut fra følgende to perspektiv: 1) Et analytisk perspektiv, representert ved biostatisk teori. 2) Et holistisk perspektiv, representert ved holistisk helseteori.



### 2.3.1 Analytisk perspektiv på helse - biostatisk teori

I mange år har det analytiske perspektivet i synet på helse og sykdom vært det dominerende innen medisinen. Det analytiske perspektivet innebærer at en legger stor vekt på biologiske, kjemiske og statistiske funn (Nordenfelt, 1987). Det analytiske perspektiv har sine røtter i Aristoteles og Galens lære om at det må være balanse mellom de primære elementene i kroppen. Dersom ett av elementene dominerer vil det bli ubalanse i kroppen og dette vil føre til sykdom. Boorse (1977) tar utgangspunkt i denne antikke medisinske tradisjon og fører den videre. Boorses teori kalles: "The Biostatic Theory" (BST). Denne teorien gjør et forsøk på å diskutere helse i rent biologiske og biostatistiske termer. Den definerer helse som fravær av sykdom. Hovedelementene i denne teorien er biologisk funksjon og statistisk normalitet.

Det mest sentrale i Boorses teori er at organismen er teleologisk (målinnrettet). Det vil si at enhver funksjon har måloppnåelse som hensikt. Organismen er slik innrettet at den justerer og innretter sin adferd etter sine omgivelser etter hvert som disse forandrer seg for å oppnå et konstant resultat/mål. Denne streben etter måloppnåelse finner en på alle nivå i organismen. Fra cellenivå der de enkelte cellene streber etter en optimal sammensetning som i neste omgang fører til måloppnåelse på høyere nivå som f.eks. muskelkontraksjon.

Funksjonen på ethvert nivå er innrettet mot mål på toppen av hierarkiet. f.eks. nyrenes funksjon er ikke å holde blæren full, men å eliminere kroppens avfall. Det er bare den fysiologiske delen av funksjonen som er relevant for helse. De fysiske funksjonene er i første rekke et bidrag til individets overlevelse og reproduksjon. Samme hvilke mål en måtte velge så er funksjonens status verdifri. Normal funksjon av en art eller referansegruppe er det som er statistisk typisk for deres bidrag til individuell overlevelse og reproduksjon. Referansegruppen er en naturlig gruppe av organismer av uniform funksjonell design, f.eks. en aldersgruppe av et kjønn av en art. Helse for et individ av en referansegruppe er normal funksjonsevne. Det vil si at alle interne deler, på et hvert nivå i organismen er klar til å utføre alle sine normale funksjoner med en typisk effektivitet. Sykdom er en indre tilstand som forringer helsen, der evnen til å utføre en eller flere funksjoner er redusert til å fungere mindre effektivt enn det som er typisk for organet (Boorse, 1977).

### 2.3.2 Holistisk helseteori

Holistisk helseteori fokuserer på personen som helhet. Mennesket blir sett på som en sosialt integrert agent som utfører en rekke daglige aktiviteter og er involvert i en rekke personlige og institusjonaliserte relasjoner. Innen det holistiske perspektivet blir kriteriene for helse hentet fra psykologi og sosiologi. En person blir oppfattet som at han har helse hvis han føler seg bra, og fungerer i sin sosiale kontekst. Nordenfelt (1987) hevder at en finner støtte for en holistisk ide allerede i antikkens tanker om medisin. Til og med hos Galen, som regnes som en av forgjengerene til analytisk teori. Han definerer helse som en tilstand der en verken lider vondt eller er forhindret i å utføre dagliglivets funksjoner.

Hos de fleste teoretikere som beskjeftiger seg med holistisk teori om helse finner en to typer fenomen:

- 1) Et subjektivt fenomen som beskriver en spesiell følelse av lettelse eller velbefinnende når det gjelder helse, og smerte eller lidelse når det gjelder sykdom.
- 2) Fenomenet dugelighet som refererer til helse, og svakhet som indikerer uhelse.

Disse fenomenene er på mange måter knyttet til hverandre. Hvis en føler at en har det bra vil det virke inn på ens dugelighet. En følelse av smerte eller lidelse kan føre til en viss svekkelse av funksjonsevnen.

I følge holistisk helseteori innehar en person helse dersom han oppnår sine handlingsmål. En forutsetning for dette er at han er i stand til å få tilfredsstilt sine grunnleggende menneskelige behov. I følge Maslow (1968; 1970) er de grunnleggende behov felles for alle mennesker. Han foreslår følgende seks behov som de mest grunnleggende: fysiologiske behov, behovet for trygghet, behovet for tilhørighet og kjærlighet, behovet for selvtillit og behovet for

selvaktualisering. Nordenfelt legger følgende til Maslows' tese: *"Tilfredsstillelsen av de grunnleggende behov er en nødvendig forutsetning for overlevelsen av individet (eller arten) eller for individets helse"* (Nordenfelt, 1987, s. 62).

Subjektiv helse blir definert som en persons mulighet til å oppnå de mål han har satt for seg selv. Nordenfelt (1987) foreslår en definisjon på helse som tar med begge de forutgående syn på helse. Innholdet i dette perspektivet på helse bygger på velferdsteori. En viktig komponent som tilføres her er begrepet lykke, som dekker mer enn det vi vanligvis mener når vi i dagliglivet snakker om lykke. Det sentrale i denne teorien er følgende: *"A is healthy if, and only if, A is able, given standard circumstances in his environment, to fulfill those goals which are necessary and jointly sufficient for his minimal happiness"* (Nordenfelt, 1987, s.79).

I følge dette perspektivet på helse må personen ha evne og mulighet til å gjennomføre ting som har høy prioritet for ham. Mennesket fungerer ikke i et vakuum, men er avhengig av sine omgivelser. Forholdene må til en viss grad ligge til rette for at han skal få gjennomført sine prioriteringer.

### **2.3.3 Salutogenisk teori - et nytt perspektiv på helse og sykdom**

Et sentralt teoribidrag i denne studien er Aron Antonovskys teori "The Salutogenic Orientation". På norsk har vi ikke et begrep som dekker dette fullt ut, det nærmeste en kommer er den helsebringende eller helsefremmende orientering. Da begrepene helsebringende/helsefremmende er svært vide og kan romme en rekke ulike definisjoner velger jeg i denne oppgaven å benytte begrepet salutogenisk teori, da dette er Antonovskys helsebegrep.

Aaron Antonovsky (1923-1994) var professor i medisinsk sosiologi ved Ben Gurion Universitetet i Negrev, Beersheba i Israel. Han er født og oppvokst i USA, og har sin Ph.D. i sosiologi fra Yale University i 1955. Etter å ha emigret til Israel i 1960 og arbeidet med forskning og undervisning innen sosialmedisin, ble han i 1972 bedt om å være med å starte

opp et medisinsk studium ved Ben Gurion Universitetet, med spesielt ansvar for den adferdsvitenskaplige komponenten i studiet.

I 1970 gjennomførte Antonovsky et forskningsprosjekt blant jødiske kvinner. Dette prosjektet beskriver Antonovsky som et vendepunkt for ham som medisinsk sosiolog og starten til å arbeide mot et nytt perspektiv på helse. I denne studien var det også med en gruppe personer som var født i Sentral-Europa mellom 1914 og 1923. I studien ble de "tilfeldigvis" bedt om å svare ja/nei på om de hadde vært i konsentrasjonsleir. Denne studien viste oppsiktsvekkende funn. Mange (29%) av dem som hadde overlevd konsentrasjonsleiroppholdet befant seg i en forholdsvis bra fysisk og psykisk helsetilstand. Dette på tross av at de etter konsentrasjonsleirsoppholdet måtte etablere seg i et nytt land som også var preget av krig og uroligheter.

Denne undring over hvordan noen beholder helsen på tross av ytre omstendigheter fikk Antonovsky til å arbeide mot en ny forståelse av begrepet helse. Antonovsky hevder at tradisjonell medisin har hatt en tilbøyelighet til å konsentrere seg om dikotomien frisk - syk, med fokus mot sykdom. Den salutogeniske orienteringen hevder at vi hele tiden befinner oss på et kontinuum mellom "ease" og "dis-ease" (mellom velbefinnende og sykdom). *"We are all terminal cases. And we all are, so long as there is a breath of life in us, in some measure healthy"* (Antonovsky, 1988, s.3).

Salutogenisk teori påpeker at en ikke må fokusere kun på en medisinsk diagnose hos en person, men en må orientere seg mot hele livshistorien for å få utfyllende opplysninger. I stedet for å konsentrere seg om risikofaktorer som kan føre til sykdom, vil salutogenisk teori fokusere på faktorer som fremmer en bevegelse mot helse-enden av kontinuumet. Hvis en overfører dette perspektivet til stressforskning, kan en si det slik at en er opptatt av mestringsmekanismene i stedet for å fokusere på stressorene.

I patogen orientering er en ofte opptatt av at stressorer er risikofaktorer for helse. En stressor blir her definert som: *"Demands made on the organism to which there is no readily available or automatic adaptive responses"* (Antonovsky, 1987, s. 8).

Antonovsky hevder derimot at ved å tenke salutogenisk åpner en for mulighetene til å studere hvordan stressorer kan predikere positive konsekvenser for helse. Et eksempel på dette er en undersøkelse av komplikasjoner i svangerskapet, der en antyder at et høgt stressnivå virker helsebringende når en mottar god sosial støtte (Nuckolls et. al., 1972).

I motsetning til å konsentrere seg om diagnostisering av spesifikke sykdommer eller forebygging av spesifikke sykdommer spesielt rettet mot høyrisikogrupper, vil en i salutogenisk orientering fokusere på: *"The overall problem of active adaptation to an inevitably stressor rich environment"* (Antonovsky, 1987, s. 9). Dette leder oss til å søke etter nyttig input i det sosiale system, det fysiske miljøet, i organismen og helt ned på cellenivå. Dette åpner også for å ta i bruk fantasi, kjærlighet, lek, mening, vilje og det sosiale system som fostrer disse. Antonovsky foretrekker å kalle det teorier for vellykket mestring (1987, s. 9).

Mens en innen patogenesen er fornøyd når en får bekreftet sine hypoteser basert på kausalitet som f.eks. sammenhengen mellom type A adferd og hjerte-karsykdom, er den salutogene forsker derimot opptatt av det motsatte tilfellet: hvem er det med type A adferd som ikke utvikler hjerte/karsykdommer? På tross av ulikhetene mellom patogenesen og salutogenesen foreslår Antonovsky at en ser på de to orienteringene som komplementære. Antonovsky sammenfatter konsekvensene av å tenke salutogenisk på følgende måte:

*"Thinking salutogenically not only opens the way for, but compels us to devote our energies to , the formulation and advance of a theory of coping. Having adopted this orientation, I was led in due course to formulating the concept of the sense of coherence as the core of the answer to the salutogenic question"* (1987, s.13).

Begrepet "Sense of Coherence" (SOC) definerer Antonovsky på følgende måte:

*"A global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that 1) the stimuli deriving from one's internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable; 2) the resources are available to one to meet the*

*demands posed by these stimuli; and 3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement (1987, s.19).*

Antonovsky kaller de tre komponentene i SOC for: "comprehensibility, manageability and meaningfulness".

"Comprehensibility" er den kognitive komponenten i SOC, den refererer til i hvilken utstrekning en opplever de stimuli som en konfronteres med fra ens interne og eksterne omgivelser som forståelige. Om en opplever dem som ordnede, konsistente strukturelle og klare, eller tilfeldige, kaotiske, uoversiktlige, ustrukturerte og uforutsigbare. En kan uttrykke det i frasen "en solid kapasitet til å bedømme virkeligheten".

"Manageability" er handlingskomponenten i SOC. Den defineres som i hvilken utstrekning en opplever at en disponerer de ressursene som er adekvate for å møte de krav og utfordringer en blir stilt ovenfor. Med at ressursene er tilgjengelige mener en at en selv eller betydningsfulle andre har kontroll over ressursene. Med betydningsfulle andre menes ektefelle, venner, kollegaer, Gud, osv. som en føler en kan regne med og stole på. Har man en høy grad av handlingskomponent vil en ikke føle seg så hjelpeløs dersom noe uventet skjer i livet.

"Meaningfulness" er meningskomponenten i SOC. Denne er viktig for at ikke det kognitive aspektet ved SOC skal bli for dominerende. Denne representerer også motivasjonskomponenten. Meningskomponenten refererer til i hvilken grad en føler at livet har betydning følelsesmessig, og at i alle fall noen av problemene og kravene i livet er verd å investere energi, overgivelse og engasjement i. Utfordringer blir da ønsket velkommen i stedet for å bli betraktet som byrder en helst ville vært foruten. Når en person med sterk meningskomponent møter vanskelige ting i livet, vil han prøve å søke en mening i det som er vanskelig, og gjøre sitt beste for å vinne over det med verdighet.

Antonovsky understreker at disse tre er komponenter i et hele og må ses i sammenheng (Antonovsky, 1987). "Sense of Coherence" kan oversettes med "følelse av at ting har sammenheng".

## **2.4 STRESS OG MESTRING**

Når en skal benytte Antonovskys salutogeniske teori kommer en ikke utenom begrepene stress og mestring. Antonovsky hevder at: *"Thinking salutogenically not only open the way for, but compels us to devote our energy to, the formulation and advance of a theory of coping"* (1988, s.13). Han påpeker at "The Sense of Coherence" er kjernen i svaret på det salutogeniske spørsmålet. I forordet til boken «*Unraveling the mystery of health*» (1988), påpeker Antonovsky at en av dem som har vært til størst betydning for hans arbeider er Hans Selye.

### **2.4.1 Stress**

Den som først definerte stressbegrepet var medisineren Hans Selye. Selye mente å observere at det var noen generelle kjennetegn ved dem som var syke uansett hvilken sykdom de led av. Ved å studere ekstrakter av vev i laboratoriet fant han at det var visse uspesifikke reaksjoner som var felles for enhver infeksjon. Han fant også at disse uspesifikke reaksjonene kom som svar på en lang rekke belastninger. På bakgrunn av dette publiserte Selye i 1936 en rapport som er grunnlaget for stressteori både i medisin og samfunnsfag (Selye, 1936; Ursin, 1984).

Selye definerer stress som et "generelt adaptasjonssyndrom. Målet for organismen er at den skal tilpasse seg stressorene. Stressor er det som produserer stress. Det kan være varme, kulde, stråling osv. Hans utgangspunkt er en antagelse av at visse agenter er skadelige eller sykdomsfremkallende. Selye deler det generelle adaptasjonssyndromet (GAS) inn i tre faser: alarmfasen, motstandsfasen og utmattelsesfasen.

- 1) Alarmfasen blir videre delt i to: a) den initiale fasen og b) motsjokkfasen. Motsjokkfasen mobiliserer forsvarskreftene og disse fortsetter inn i motstandsfasen.
- 2) Motstandsfasen kjennetegnes ved at det blir frigitt hormoner som skal hjelpe organismen til å tilpasse seg stressorene.
- 3) Dersom organismen ikke klarer å tilpasse seg stressorene/belastningene, følger utmattelsesfasen. I denne fasen bryter organismen sammen som følge av at en ikke lenger har ressurser til å stille opp mot belastningen (Antonovsky, 1979; Ursin, 1984).

Selyes tidlige arbeider vitner om at han så på stress som skadelig. I sine senere arbeider sier Selye at det eneste fravær av stress er døden. Dette på grunnlag av at enhver organisme til enhver tid utsettes for stressorer og at stress er en naturlig respons på dette. Selye understreker derfor at det er stress som oppleves ubehagelig som er sykdomsfremkallende, dette kaller han for distress. Motsatsen til distress kaller Selye for eustress (1975, s. 39). Eustress henviser til positive konsekvenser av respons på stressorer. Det er derfor ikke stressoren i seg selv som avgjør om stressoren virker sykdomsfremkallende på individet, men i hvilken grad den enkelte opplever belastningen som ubehagelig. Det avgjørende er hvilken respons individet gir i forhold til stressoren. Stressoren kan også virke styrkende på dem som klarer å håndtere eller tilpasse seg stressorene.

#### **2.4.2 Ursins stressteori**

Ursin (1984) påpeker at i Norge er ordet "stress" blitt et moteord. Folk tenker umiddelbart sykdom når en hører ordet, som om det skulle være en kjent kausalsammenheng mellom stress og sykdom. På bakgrunn av denne utvanningen av stressbegrepet i det norske språk finner Ursin (1984) det nødvendig å benytte det norske ordet "belastning" når det er snakk om de potensielt skadelige stimuli kroppen utsettes for. Som en respons til disse belastningene eller truslene reagerer kroppen med aktivering. Ursin beskriver aktivering på følgende måte: Når en set-verdi, som er den forventning en har til et stimuli (en innstilt verdi)



og en aktual-verdi, som er den aktuelle verdien av sanseinformasjon stemmer overens blir det ingen reaksjon. Hvis verdiene ikke stemmer overens oppstår det en reaksjon. Organismen viser en ensformig respons, denne responsen kaller Ursin for aktivering. Aktivering blir definert som enhver økning i aktivitet (Ursin, 1984, s. 101).

Denne aktivitet involverer både det vegetative nervesystem og kroppens hormonsystemer. Valideringen av denne aktiviteten er adferdsmessig aktivitet, enten ved at personen selv rapporterer en økt aktivitetsgrad, eller at en observerer denne aktiviteten hos personer eller hos forsøksdyr. Dette blir sett på som en hensiktsmessig og nyttig respons fra organismens side. Aktivering virker som et selvregulerende (homeostatisk) system. Hvis et individ utsettes for en for stor grad av aktivering, vil individet arbeide for å redusere aktiveringen. Hvis en derimot setter individet i en posisjon med for lav grad av aktivering vil det arbeide for å bli aktivert (Ursin, 1984, s. 119). På samme måte som Selye understreker at det er den førm for stress som oppleves ubehagelig som er sykdomsfremkallende, vil en vedvarende ubalanse mellom set-verdi og aktual-verdi kunne være sykdomsfremkallende.

Stressteori er komplementær til mestringsteori. Det faktum at mennesker til enhver tid utsettes for en rekke stressorer gjør det nødvendig at en er oppmerksom på at stressorene påvirker oss og at dette er noe vi må forholde oss til. Antonovsky tar hensyn til dette faktum, men hovedanliggende for Antonovsky er å studere mestring. *"Instead of focusing on stressors - we are enjoined to ask: What are the factors involved in at least maintaining one's location on the continuum or moving toward the healthy pole? That is, we come to focus on coping resources"* (Antonovsky, 1988).

Spørsmålet vi må stille er: Hva gjør vi med de stressorene som til enhver tid påvirker oss? Hensikten er ikke å eliminere stressorene, men at en ved hjelp av de mestringsressursene en har til rådighet finner en mening i tilværelsen. Dette fører i neste rekke til at en over tid utvikler en sterk følelse av sammenheng i tilværelsen.

### **2.4.3 Mestring**

Det engelske ordet "coping" kan en oversette med ord som, å mestre, å hamle opp med, make eller klare. Det er et ord fra dagliglivet som i de senere år er benyttet innen ulike forskningsgrener alt fra økonomi til psykologi og samfunnsfag.

Mestring som begrep har en kortere historie enn stressbegrepet. Holstein (1988) henviser til at mestring som vitenskaplig begrep ble brukt for første gang på 1950 tallet i forbindelse med en undersøkelse om handikappedes tilpassning (Wright, 1960). Denne tilpassningen ble plassert på en skala mellom ytterpunktene: "to cope with - to succumb to" (å make - å bukke under for).

På samme måte som stressbegrepet har mestringsbegrepet blitt tatt opp i vanlig dagligtale og fått en noe upresis betydning. På tross av dette er det i følge Monat & Lazarus en økt enighet om innholdet i mestringsbegrepet blant vitenskapsfolk. "Coping refers to efforts to master conditions of harm, threat, or challenge when a routine or automatic response is not readily available. Here environmental demands must be met with new behavioral solutions or old ones must be adapted to meet the current stress" (1985, s. 5).

Monat & Lazarus henviser også til White: *"It is clear that we tend to speak of coping when we have in mind a fairly drastic change or problem that defies familiar ways of behaving, requires the production of new behavior, and very likely gives rise to uncomfortable affects like anxiety, despair, guilt, shame, or grief, the relief of which form parts of the needed adaptations. coping refers to adaptation under relatively difficult conditions"* (White, 1974, s. 48-49).

I følge Olff (1991) finnes det innen vitenskaplig litteratur minst tre ulike måter å bruke mestringsbegrepet på:

- 1) Det blir benyttet i forbindelse med den strategi som individet bruker i en truende eller vanskelig situasjon.
- 2) Det blir brukt om resultatet av disse strategiene med henblikk på aktivering eller psykologisk stressrespons.

- 3) Det blir også benyttet i forbindelse med de forventninger som individet har vedrørende resultatene av dets handlinger.

Lazarus er en ledende teoretiker innen mestringsforskning. I følge Ollf (1991) er han en representant for dem som ser på mestring som strategi. Han er kjent for sin transaksjonsmodell (Lazarus & Folkman, 1984). Det sentrale innen denne modellen er at en antar at det foregår en vurdering (appraisal) mellom en stressor og en reaksjon. Denne vurderingen består av:

- 1) Primær vurdering: individet vurderer om situasjonen innebærer potensielle skader eller negative konsekvenser.
- 2) Sekundær vurdering: individet vurderer hva som kan gjøres for å redusere emosjonelle og psykologiske spenninger.
- 3) Revurdering: individet vurderer og evaluerer hvor effektiv mestringsstrategien har vært.

Lazarus skiller mellom emosjonsfokuset mestring versus problemfokuset mestring (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus, 1981; Folkman, 1982; Lazarus & Folkman, 1984). Begge mestringsformene inkluderer både kognitive og adferdsmessige strategier. Ved emosjonsfokuset mestring søker en å håndtere eller redusere emosjonelle belastninger. Dette gjør en ved å omtolke eller redefinere en stressende situasjon. Emosjonsfokusede mestringsstrategier inkluderer kognitive strategier som å prøve å finne de positive sidene ved en situasjon, og adferdsmessige strategier som å søke sosial støtte eller å styrke seg på en drink. Ved problemfokuset mestring håndterer en problemet direkte, eller en prøver å endre på selve problemet. En bruker kognitive strategier som å analysere situasjonen og strategier som inkluderer direkte handling.

Antonovsky (1985) skisserer tre måter å møte stressorene på:

- 1) Ved å unngå dem.
- 2) Definere stress som ikke-stress (omdefinere).
- 3) Overvinne stressorene.

En annen måte å skille mellom ulike måter å møte stressorene på, er aktiv og passiv mestring (Brown & Nicasso, 1987; Obrist, 1981 i Olf 1991).

Ursin (1993) representerer den retningen som ser på mestring som reduksjon i stress og aktivering. Problemløsning er de prosesser som søker å eliminere aktivering. Dette kan gjøres ved å fjerne årsakene til differansen mellom -set verdi og aktual-verdi. Når individet registrerer en slik ubalanse mellom set-verdi og aktual-verdi, vil aktiveringen holdes ved like til problemet er løst, dvs. til det igjen er balanse mellom set-verdi og aktualverdi. Dette kan gjøres enten ved at en forandrer den aktuelle verdien eller om mulig forandre den innstilte verdien (set- verdien).

I tillegg til å betrakte mestring som reduksjon i aktivering, definerer Ursin (1993) mestring som positiv responsforventning. Med positiv responsforventning mener Ursin (1993, s. 220) at vi forventer at vi har reaksjoner som kan hamle opp med den vanskelige situasjonen. For å utvikle en positiv responsforventning må individet ha kontroll over begivenhetene og selv oppleve at det har kontroll. Når individet opplever at det har kontroll går aktiveringen ned, selv om problemet enda ikke er løst. Dette viser at det å betrakte mestring som reduksjon i aktivering og som positiv responsforventning henger nøye sammen. Som en motsats til positiv responsforventning er negativ responsforventning. Ved negativ responsforventning opplever individet at det ikke har kontroll. Mangel på kontroll fører til at individet føler at det ikke klarer å løse de problemene det står ovenfor. Dette fører til økt aktivering som igjen fører til at individet opplever at det har enda mindre kontroll. Seligman (1975) beskriver fenomenet "lært hjelpeløshet". Dette oppstår når en føler at det ikke er sammenheng mellom det en gjør og det som skjer i omgivelsene. Ursin og Murrison (1983) viser til at dyr som blir utsatt for slike situasjoner, raskt utvikler ulike psykosomatiske symptomer, avhengig av hvilke disposisjoner de har.

Olf (1991) antyder at Antonovsky har element av å betrakte mestring som positiv responsforventning. Antonovsky (1988) benytter begreper fra generell systemteori og beskriver stressorene som det som ødelegger for likevekten (homeostasen) for individet. Mestring er aktiv tilpassing til omgivelser som er full av uunngåelige stressorer. Negativ

entropi (entropi = kaos) er nøkkelbegrepet, som leder individet til å lete etter nyttig input til det sosiale system, de fysiske omgivelsene og til organismen. I følge denne beskrivelsen vil jeg anta at Antonovskij er opptatt av mestring som strategi i tillegg til positiv responsforventning.

## **2.5 FORSKNING OM RA OG MESTRING**

Zautra et. al. (1992) gir en oversikt over forskning om revmatoid artritt og mestring over en tiårsperiode. De hevder at det har utkrystalisert seg to retninger: 1) De som ser mestring i et generelt rammeverk under et stress og mestringsparadigme og 2) de som fremkommer fra et klinisk forsøk på å klassifisere adferdsrespons på smerte. Disse har ofte et fokus på intervensjon. Måleinstrumentene kan også klassifiseres i to grupper, et for generell måling av mestring og et spesielt for mestring av smerte.

Clough (1991) fant at depresjon og kognitive forstyrrelser påvirker uførhet hos revmatiske pasienter, spesielt i fase II av sykdommen. I fase I har det kanskje ikke gått helt opp for pasienten hvilke følger denne sykdommen fører med seg eller det har ikke utviklet seg destruktive forandringer i brusk eller leddeformiteter. I fase II derimot har det gått opp for pasienten at han har denne sykdommen og at han blir gradvis verre med tiden. I fase III er sykdommen kommet lenger, men pasienten har kanskje lært seg bedre å mestre krevende fysiske situasjoner og kanskje tilpasset seg ved å bruke hjelpemidler. Denne undersøkelsen antyder at hvordan en mestrer situasjonen er bl.a. avhengig av hvilken fase av forløpet en befinner seg i. Ved å studere mestring av RA kan en få nyttig informasjon om hvordan mennesker mestrer langvarig stress ved en kronisk sykdom. Kronisk smerte er en av de mest sentrale kjennetegn ved RA.

Brown & Nicasso (1987) har utviklet et spørreskjema for selv-utfylling, "The Vanderbilt Pain Management Inventory", for å kartlegge aktive og adaptive, og passive og maladaptive mestringsstrategier. Dette ble testet ut på 361 pasienter med RA. Resultatene viste at strategier for

aktiv mestring var korrelert med mindre smerte, lavere grad av depresjon, mindre grad av fysisk funksjonshemming og høyere grad av generell selvhjulpenhet («self-efficacy»). Passiv mestring var korrelert med høyere grad av rapportert depresjon, mer smerte og oppblussing av sykdomsaktiviteten, større funksjonshemninger og lavere grad av selvhjulpenhet.

Braden (1990) har testet ut selvhjelpsmodellen, "learned response to chronic illness experience", på 396 pasienter med RA eller RA relaterte tilstander. Utgangspunktet for denne studien var en antakelse om at kjernen i all respons er lært, selv om noen aspekt ved måten en reagerer på kronisk sykdom blir påvirket av ens personlighetstrekk. Det teoretiske rammeverket for denne undersøkelsen var bl.a. Seligmans "learned helplessness theory" (Seligman, 1975), Bates "instrumental passivity theory" (Bates, 1982), og Rosenbaums "learned resourcesfulness theory" (Rosenbaum, 1983).

Lært selvhjelpsrespons representerer en bevisst prosess hvor en møter forståelig eller forklarlig motgang som en kan mestre, ved å opprettholde kontroll over hverdagslige problem. Lært hjelpeløshet er det motsatte. Denne responsen blir karakterisert ved en ubevisst prosess der en trekker seg unna forståelige eller forklarlige problem som kan overkommes, ved å bukke under for hverdagslige problemer. Undersøkelsen viser at personens oppfatning av sin evne til å takle motgang var den sterkeste indikatoren på selvhjulpenhet. Det viste seg at denne oppfatningen hadde sterk sammenheng med i hvilken grad en ønsket å motta informasjon om sykdommen fra helsepersonalet. Selvhjulpenhet var sterkt korrelert med livskvalitet. Selvhjulpenhet og usikkerhet forklarte 49% av variansen i livskvalitet. Braden (1990) foreslår at resultatene i denne undersøkelsen kan fungere som en basis for intervensjoner som reduserer avhengighet og usikkerhet, men bygger opp under troen på personens evne til å takle motgang.

Schussler (1992) fant i en undersøkelse av 205 kronisk syke, deriblant 50 personer med RA, at måten de betrakter sykdommen på, påvirker hvilke mestringstrategier de bruker. Muligheten for å kontrollere og akseptere sykdommen fører til en aktiv og problemorientert mestringsstrategi. Eksempler på denne mestringsstrategien er rasjonell tenkning, direkte handling osv. Personer som ikke aksepterer sykdommen eller føler at sykdommen ligger

utenfor deres kontrollområde benytter oftere emosjonelle mestringsstrategier. Eksempler på emosjonelle mestringsstrategier er ønsketenkning, selvanklaging osv.

Burckhardt (1987) påpeker at for å leve med en kronisk sykdom stilles det krav til mestring som går langt ut over det en trenger for å mestre akutt eller mer begrensede former for sykdom. De som er rammet av en kronisk sykdom oppdager at mestringsstrategier de tidligere har brukt ikke strekker til. De er nødt til å legge om livsstilen. Mange føler at sykdommen er en trussel mot selvaktelsen og at de får mindre selvtillit enn tidligere. De merker at de har mindre ressurser å gå på. Selv om de har tilpasset seg sin nye situasjon som kronisk syk, viser det seg ofte at disse mestringsstrategiene ikke fungerer dersom en får en ny endring i situasjonen f.eks. ved en livskrise. Mange av disse kan i en slik fase ha nytte av støtte fra andre, enten det uformelle nettverket som består av familie og venner eller av det formelle nettverket der helsevesenet inngår som en naturlig del. Intervensjoner som har vist seg å være fruktbare er introduksjon av avslapningsøvelser, biofeedback og kognitiv restrukturering, dvs. en lærer seg å styre tankelivet sitt på en mer konstruktiv måte.

Burckhardt (1985) har også foretatt en undersøkelse av 94 voksne, 74 kvinner og 20 menn med ulike former for artritt. I denne undersøkelsen fant hun at psykologiske faktorer som positivt selvbilde, en følelse av indre kontroll over sin helse, mottatt sosial støtte og lav grad av negativ holdning til ens sykdom virket direkte inn på ens opplevelse av høyere livskvalitet. Burckhardt (1985) hevder at fordi det ikke finnes noe realistisk håp om helbredelse når det gjelder denne gruppen pasienter, bør en legge hovedvekten på individets livskvalitet ved mestring av sykdommen. Burckhardt viser også til at flere studier antyder at faktorer som dårlig økonomi, lavt selvbilde, mangel på sosial støtte, økt alder og mangel på personlig kontroll kan ha mer effekt på livskvaliteten enn sykdommen eller funksjonshemmingen i seg selv.

I en annen undersøkelse har Burckhardt et. al. (1993) foretatt en komparativ analyse der de sammenligner livskvaliteten til kvinner med fibromyalgi og kvinner med ulike andre kroniske lidelser som insulinavhengig diabetes, kronisk lungesykdom, osteartrose og revmatoid artritt. De hadde også en kontrollgruppe av friske personer. Resultatene viste at fibromyalgipasientene scoret gjennomsnittlig 71.5 av 105 mulige poeng på livskvalitetsmålet

"Quality of Life Scale" (QOLS). Dette var den laveste gjennomsnittscoren av alle gruppene. Personene med revmatoid artritt scoret gjennomsnittlig 79.6 poeng, bare med osteoartritt-pasientene og kontrollgruppen over seg på henholdsvis 82,3 og 83,2 poeng. Når de sammenlignet bakgrunnsvariabler som utdanning og inntekt, var det bare kontrollgruppen som hadde høyere utdanning og inntekt enn dem med revmatoid artritt. 67 % av dem med RA var gift. Hvis en sammenligner med det Antonovsky kaller mestringsressurser, vil både opplevd grad av livskvalitet, utdanning, inntekt og sosialt nettverk (Langeland, 1994) være mestringsressurser, eller påvirke ens mestringsressurser.

## **2.6 FORSKNING OM SOC**

Så langt har jeg ikke funnet forskning som har tatt i bruk SOC i forbindelse med personer med diagnosen revmatoid artritt. Det er likevel en del undersøkelser som er interessante i denne forbindelse. Antonovsky hevder at SOC er uavhengig av kultur, ettersom den er testet ut i ulike kulturer og i forskjellige samfunnslag.

Langius et. al. (1993) har i en undersøkelse testet ut SOC i en normalbefolkning. Utvalget var på 145 personer trukket fra et randomisert og stratifisert utvalg av Stockholms befolkning. 75 kvinner og 70 menn deltok i undersøkelsen, og gjennomsnittsalderen var 48 år. I tillegg ble "Sickness Impact Profile" (SIP) benyttet. Den har til hensikt å måle funksjonsstatus. Resultatene viste en signifikant negativ korrelasjon mellom SOC og total score på SIP. Dess sterkere SOC, dess svakere dysfunksjon. Ser man derimot på enkeltkomponentene i SIP er det bare søvn, hvile, husarbeid og fritidsaktiviteter som viser signifikant korrelasjon med SOC. Gjennomsnittscoren på SOC var på 151. På bakgrunn av disse funn antyder Langius at SOC virker inn på mental og psykisk helse, men ikke på fysisk helse.

I Norge er det gjort flere undersøkelser som benytter SOC. Eide (1991) har i en undersøkelse sett på sammenhengen mellom SOC og helsevaner hos niendeklassinger på tre

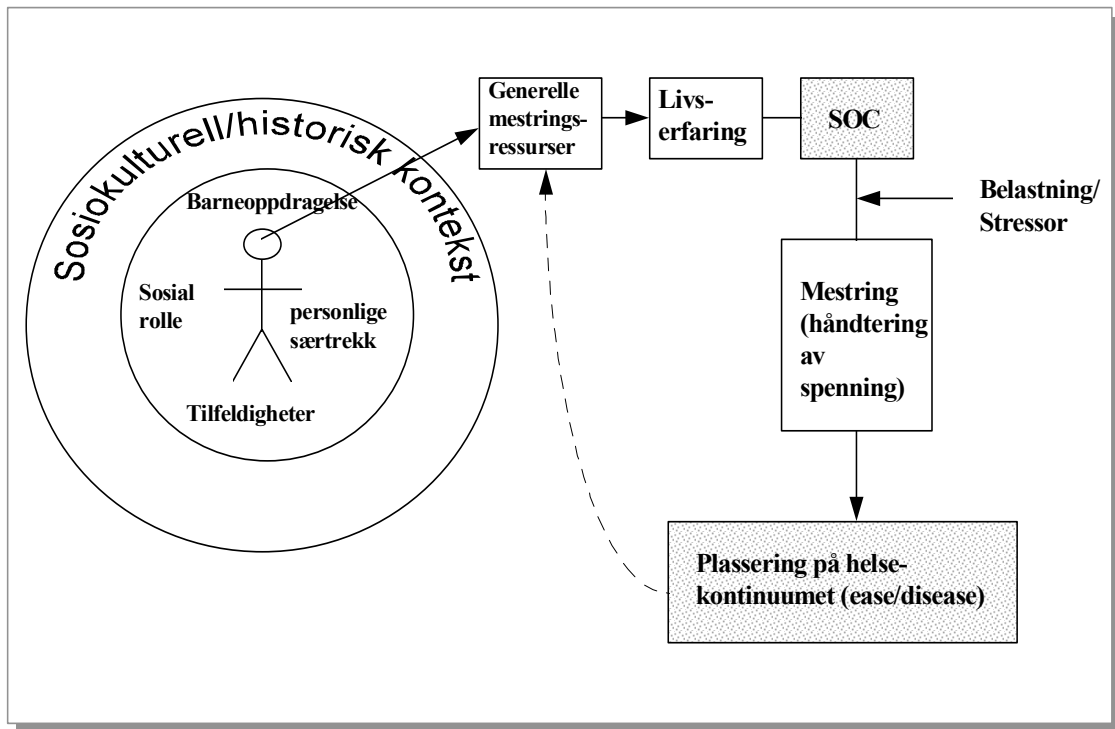


ungdomsskoler. Det totale antallet respondenter var 261 fordelt på 51,3% jenter og 48,7% gutter. Hun finner en signifikant sammenheng mellom en høy score på SOC og indekser over positiv helsefremmende atferd. Tingvatn et.al. (1993) har foretatt en undersøkelse av 249 hjemmeboende eldre i alderen fra 75 til over 85 år. De fant en gjennomsnittsscore på 154 for hele utvalget. Menn scoret noe høyere enn kvinner og de yngste gruppene scoret høyere enn de eldste. Tingvatn fant en klar sammenheng mellom psykosomatiske plager, ensomhet og SOC, og en positiv korrelasjon mellom egenvurdert helse og grad av SOC. Hun antyder at SOC kanskje har mer betydning for psykosomatisk og psykososial helse enn for fysisk helse og funksjonsevne. Langeland (1994) som var med på den samme undersøkelsen, påpeker at funnene bekrefter at sosial støtte virker via mestring som igjen virker på helse.

Videre har Mossin (1992) benyttet SOC i en undersøkelse av helseprofil og mestring ved diffuse lidelser. For å måle helseprofil benyttet hun "Nottingham Health Profile" (NHP). I undersøkelsen sammenligner hun tre ulike grupper pasienter med diffuse lidelser. Disse gruppene lider av fibromyalgi, nakkeslengskader og løsemiddelskader. Hun fant ulik gjennomsnittsscore i de ulike gruppene. Fibromyalgipasientene hadde en gjennomsnittsscore på 129. Nakkeslengpasientene scoret gjennomsnittlig 123 og de løsemiddelskadde scoret 116. Gjennomsnittsscoren for hele gruppen var 124. Undersøkelsen viste en signifikant negativ korrelasjon mellom mellom SOC og helseproblemer målt ved hjelp av NHP. Det vil si at høy grad av mestringsressurser samvarierte med lav grad av helseproblemer.

## ***2.7 SAMMENHENGEN MELLOM SOC OG HELSE***

På bakgrunn av Antonovskys salutogeniske helsteori (1979, s. 184-185) vil jeg presentere en forenklet modell. Modellen representerer hovedlinjene i den salutogeniske helseteori.



Figur 2-1: Modell som presenterer hovedtrekkene i Antonovskys Salutogeniske helsemodell.

Det enkelte mennesket er født inn i en sosiokulturell og historisk kontekst. Denne danner rammeverket rundt og påvirker barneoppdragelse og sosiale roller. Den oppdragelse en har fått, hvilken sosial rolle en vokser opp i, personlige særtrekk og tilfeldigheter er med å bygge opp personens generelle mestringsressurser (heretter forkortet med GRR for "General Resistant Ressources"). Eksempler på GRR er materielle goder, kunnskap/intelligens, ego-identitet, mestringsstrategier, sosial støtte, åndelige verdier som religion, kunst, filosofi, stabile normer og verdier, osv. GRR legger til rette for meningsfulle og forståelige livserfaringer. Disse livserfaringene er karakterisert ved:

- 1) En viss grad av forutsigbarhet.
- 2) En følelse av at en er med på å påvirke resultatene.
- 3) En balanse mellom over og underbelastning.

Livserfaringene er det som skaper en persons "Sense of Coherence", dvs. en følelse av at ting har sammenheng. I møte med uunngåelige belastninger/stressorer vil spenningsnivået stige. En person med en sterk SOC vil i møte med stressorene mobilisere de mestringsressursene han har til disposisjon ved å:

- 1) Unngå stressorer.
- 2) Definere stimuli som ikke stressorer.
- 3) Ved hjelp av de mobiliserte mestringsressursene møte spenningsnivået og aktivt håndtere eller overvinne stressorene.

I den grad en makter å håndtere spenning vil en forbedre eller opprettholde sin plass på helsekontinuumet. Dersom en ikke klarer å håndtere spenning, vil stressnivået øke og det kan føre til sykdom og en endring på helsekontinuumet. I denne sammenheng er det ikke snakk om hvordan en håndterer en akutt stressituasjon, men misslykket mestring av gjentatte akutte eller kroniske stressituasjoner vil føre til en konstant tilstand av spenning. Dette kan føre til sykdom eller skade. Vellykket håndtering av spenning styrker ens "Sense of Coherence". En god helse vil igjen kunne styrke GRR.

## **2.8 HELSEINDIKATORER**

Interessen for å utvikle helseindikatormålinger startet i USA på 1930-tallet. Det begynte med helt enkle og grove målinger som hadde til hensikt å klassifisere pasienter i ulike kategorier etter funksjonsevne. Hensikten med denne type mål var å få en rask klassifisering av en pasientpopulasjon. Eksempel på dette er "American Rheumatism Association's Functional Capacity Classification" (Steinbrocher, 1947). Utviklingen videre gikk via skalaer som hadde til hensikt å måle kvaliteten av medisinsk behandling på 1960-tallet. På 1980-tallet videreutviklet en disse helseindikatormålene til å innbefatte livskvalitetsmålinger og nyttemål. Disse målene gjør en bedre i stand til å måle og evaluere resultatene av helsetjenestene. Dette har også ført til at en har utviklet stadig mer detaljerte og sykdomsspesifikke mål (Bell, et. al. 1990).

Helseindikatorer har mange funksjoner. Bell et. al. (1990) viser til at helseindikatorer blir brukt for å måle fysisk, mental og sosialt velvære. De brukes også til å kartlegge endring i helsestatus over tid. De blir benyttet som et prognostisk hjelpemiddel til å stratifisere pasienter. Helseindikatorer blir også brukt som et hjelpemiddel for fastsetting av mål for intervensjon.

Mastekaasa et. al. (1988) fremhever at helse, livskvalitet og mestring ikke er variabler som kan observeres eller måles direkte. Det er derimot latente variabler som må måles ved hjelp av indikatorer. For å måle denne type egenskaper er de fleste forskere enige om at selvrapporing ved hjelp av strukturerte spørreskjema er den mest anvendelige metoden.

Pincus et. al. (1987) gjennomførte en longitudinell studie hvor man fulgte 75 personer med diagnosen RA over 9 år. De samme dataene ble målt ved starten på undersøkelsen og 9 år senere. Det ble samlet demografiske data, direkte sykdomsrelaterte data (sykdomsvarighet, antall affiserte ledd, rtg. funn, osv), behandling, andre sykdommer og mål for funksjonsstatus. Dataene ble samlet ved hjelp av spørreskjema, intervju og ferdighetstester. Resultatene viste at funksjonsstatus ved den første målingen hadde stor betydning for videre prognose. De pasientene som hadde dårlig funksjonsstatus ved den første målingen hadde en svært dårlig prognose. Etter 5 år viste de en dødelighet på 50%. Dette er prognoser som tilsvarer prognosene for pasienter med hjerte-karlidelser og pasienter med ondartede sykdommer.

Flere studier (Bombadier, 1982; Bombadier, 1986; Deyo, 1984) har vist at spørreskjema som måler helsestatus eller funksjonsstatus er i stand til å avdekke behandlingseffekt like godt eller bedre enn tradisjonelle kliniske undersøkelser.

Leidy (1994) retter kritikk mot at en ikke har en ensartet terminologi når det gjelder helseindikatorer. Både Leidy (1994) og Meenan & Pincus (1987) påpeker at begrepene funksjonsstatus, helsestatus og livskvalitet blir brukt om hverandre. I følge Leidy er det derfor vanskelig å sammenholde ulike forskningsresultater. Meenan & Pincus foreslår at en kan betrakte måling av pasientstatus som et hierarki med tre hovedkomponenter. Livskvalitet, helsestatus og funksjonsstatus. Livskvalitet må betraktes som det mest omfattende av de tre.

- 1) Livskvalitet omfatter helsestatus, i tillegg måles forhold som omhandler personens omgivelser, økonomiske ressurser og utdanning.
- 2) Helsestatus er ikke så omfattende som livskvalitetsmålet. Helsestatus refererer til WHO's definisjon på helse: fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende. Spørreskjema som måler helsestatus prøver å få et helhetlig bilde av pasienten. Det vil si at de inkluderer minst en skala som måler hver av de tre dimensjonene.
- 3) Funksjonsstatus refererer spesielt til den dimensjonen som måler pasientens fysiske funksjon.

I denne undersøkelsen benyttes "Arthritis Impact Measurement Scale" (AIMS) som en indikator på helse. AIMS er et sykdomsspesifikt helsemål som er spesielt utviklet for å kartlegge helsestatus hos revmatiske pasienter. Spørsmålene i spørreskjemaet er utviklet for å kartlegge fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende for personer med revmatiske lidelser. AIMS bygger på tidligere helsestatusmålinger, men har videreutviklet disse. Hensikten med å utvikle AIMS var å konstruere et omfattende, praktisk og klinisk relevant mål for å kartlegge pasientstatus blant revmatikere (Meenan et. al., 1982).

Dersom en skal ta utgangspunkt i det hierarkiet av måling av pasientstatus som Meenan & Pinkus (1987) har skissert, vil jeg antyde at AIMS er et helsestatusmål som har til hensikt å

kartlegge pasientens helhetlige situasjon, men det er ikke omfattende nok til å klassifiseres som et livskvalitetsmål. Det er likevel noen som omtaler AIMS som et livskvalitetsmål (Bell et.al., 1990).

Helseindikatoren antyder personens funksjonsnivå. Det gjenspeiler hvordan disse personene klarer å fungere i sitt daglige liv med sin kroniske lidelse. I følge det holistiske helsebegrep er dette et mål for helse. En person har helse, hvis og bare hvis han klarer, ved gitte omstendigheter i hans omgivelser, å gjennomføre de mål som er nødvendige og tilstrekkelige for et minste mål av lykke/tilfredshet.

Helseindikatoren antyder personens funksjonsnivå. Det gjenspeiler hvordan disse personene klarer å fungere i sitt daglige liv med sin kroniske lidelse. I følge det holistiske helsebegrep er dette et mål for helse. En person har helse, hvis og bare hvis han klarer, ved gitte omstendigheter i hans omgivelser, å gjennomføre de mål som er nødvendige og tilstrekkelige for et minste mål av lykke/tilfredshet.

I de fleste helsestatusmålinger svarer respondenten på spørsmål som er utformet ut fra hva ekspertene tror og vet er viktig for målgruppen. Det sykdomsspesifikke helsemålet AIMS tar hensyn til det som revmatologer av erfaring vet er kritisk for pasienter med revmatiske lidelser. Tidligere har det vært få som har spurt personer med kroniske sykdommer hva de selv synes er viktig (Burckhardt, 1989; Tugwell et.al., 1987). I de senere årene har noen forskere blitt oppmerksomme på at det muligens ikke er helt overensstemmelse mellom hva helsevesenet tror er viktig og hva pasientene selv oppgir som prioriterte områder (eller domener). Bostick (1977) og Crewe (1980) har spurt personer med kroniske lidelser om hva som er viktig for deres livskvalitet. Resultatene viste at det ikke var vesentlige forskjeller mellom deres svar og det en vil forvente i en frisk befolkning. Tugwell et.al. har utviklet et spørreskjema hvor en ber pasientene prioritere hvilke funksjoner som er viktigst for dem å mestre i forhold til oppgitte kategorier (The MACTAR Patient Preference Disability Questionnaire). Meenan & Pincus (1987) anbefaler derfor at en kombinerer standardiserte spørreskjema med mål som kartlegger pasientens egne prioriteringer. Dette vil bli gjort i denne studien.

På bakgrunn av problemstillingen og teori vil jeg i neste kapittel utvikle en analysemodell og hypoteser for studien.

## **KAPITTEL 3: MODELL OG HYPOTESER**

### ***3.1 INNLEDNING***

I dette kapitlet vil jeg først presentere analysemodellen for studien. Analysemodellen presiseres i hypotesene, som foreslår sammenhenger mellom variablene i modellen.

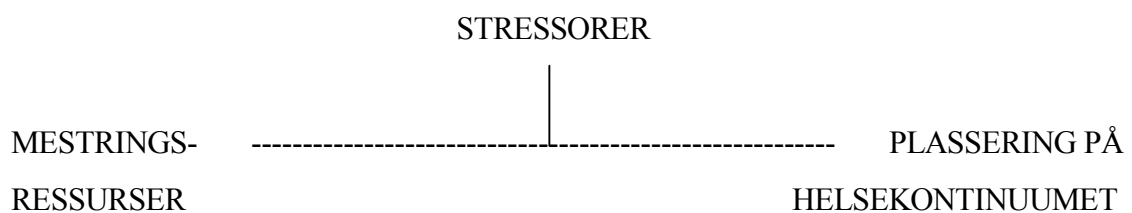
### ***3.2 TEORI- OG MÅLENIVÅ***

I følge Polit & Hungler (1991) er en modell en symbolsk representasjon av begrep eller variabler og samvariasjonen mellom dem. Analysemodellen er et arbeidsredskap som blir brukt for å komme videre fra problemstillingen til det en ønsker å undersøke. Lave & March (1975) beskriver en modell som et bilde av en del av den virkelige verden. Den beskriver noen av trekkene ved den virkelige verden, men ikke alle. Den er et utvalg av sammenkoblede gjetninger om faktiske forhold. Som alle bilder, er en modell enklere enn de forhold den tar sikte på å beskrive eller forklare.



I denne oppgaven vil jeg skille mellom den teoretiske modellen og det empirisk målenivå. Undersøkelsen tar utgangspunkt i teori. Denne studien bygger i første rekke på Antonovskys teori om salutogenesen. I følge Polit & Hungler (1991) er en teori en abstrakt generalisering som presenterer en systematisk forklaring om forholdet mellom ulike fenomen.

Antonovsky har i sin teori om salutogenesen beskrevet at styrken på en persons mestringsressurser vil avgjøre personens plassering på helsekontinuumet. Dette er en abstrakt generalisering om forholdet mellom variablene mestringsressurser og helse. Den mellomliggende variabelen er de belastninger/stressorer individet møter. Ved å mobilisere mestringsressursene kan man håndtere stressorene slik at spenningsnivået synker, og vedkommende beholder eller forbedrer sin plassering på helsekontinuumet (Antonovsky, 1985). Dette illustreres ved følgende modell:



*Figur 3-1: Teoretisk modell - denne viser sammenhengen mellom mestringsressurser, håndtering av stressorer og plassering på helsekontinuumet.*

I teorikapittelet er ulike teoretiske aspekt som en antar har betydning for problemstillingen blitt behandlet. For at denne empiriske undersøkelsen skal ha et bidrag praktisk og teoretisk, må teorien testes ut i forhold til den aktuelle problemstillingen. Problemstillingen i denne studien er å undersøke hvilken sammenheng det er mellom mestringsressurser målt ved hjelp av SOC, og helsestatus målt ved hjelp av AIMS hos personer med revmatoid artritt. I den empiriske modellen representerer RA en stressor. Hovedvariablene i denne studien blir dermed SOC og AIMS. Den mellomliggende variabelen er RA.

RA  
|

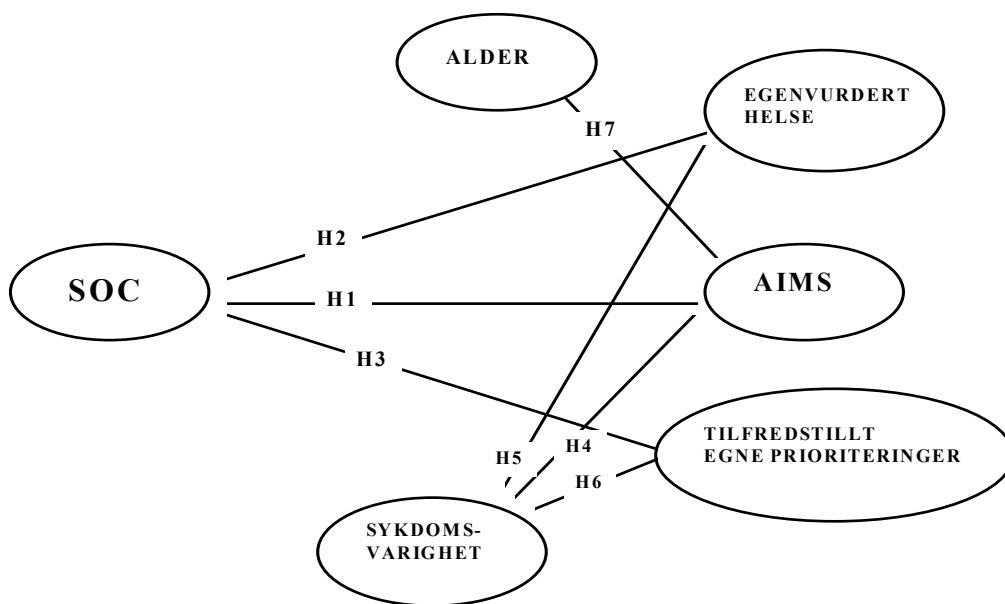
SOC ----- AIMS

*Figur 3-2: Empirisk modell - denne viser sammenhengen mellom en persons Sense of Coherence, håndtering av RA og vedkommendes helsestatus målt ved hjelp av AIMS.*

I denne undersøkelsen er det valgt ut en gruppe personer som har samme diagnose. Som tidligere beskrevet under avsnittet om sykdommen revmatoid artritt, vet vi i dag ikke årsaken til denne sykdommen. Denne oppgaven har ikke til hensikt å antyde noe om sykdomsårsaken. Jeg vil her ta utgangspunkt i det faktum at disse personene allerede har fått sykdommen. Dersom vi følger tankegangen i den teoretiske modellen (figur 3-1), er sykdommen en av de uunngåelige stressorene som dette individet utsettes for. Individets plassering på helsekontinuumet avhenger bl.a. av i hvilken grad vedkommende mestrer å leve med en kronisk sykdom. Mestringen gjenspeiler i hvilken grad vedkommende er i stand til å mobilisere de ressurser som er tilgjengelig for ham eller henne. Plasseringen på helsekontinuumet blir reflektert av helsestatus, som blir målt ved hjelp av helseindikatorer, i dette tilfellet AIMS.

### **3.3 ANALYSEMODELL**

Hovedvariablene i denne studien er SOC og AIMS. Den mellomliggende variabelen er RA. Inklusjonskriteriet for undersøkelsen er at personen har fått diagnosen revmatoid artritt. Dette vil ligge til grunn i hele studien og vil derfor ikke bli tatt med som en variabel i analysemodellen.



Figur 3-3: Analysemodell - denne foreslår sammenhenger mellom variabler som blir fremsatt i hypotesene.

I tillegg til hovedvariablene SOC og AIMS er det i analysemodellen valgt ut noen andre variabler som en antar har betydning for problemstillingen. Alder og antall år en har hatt RA (sykdomsvarighet) er tenkt som kontrollvariabler. På bakgrunn av biomedisinsk tenkning er dette viktige predikatorer for funksjonsnivå. Sherrer et. al. (1987) har foretatt tre longitudinelle studier av tilsammen 2448 personer med RA i USA. På bakgrunn av 24 variabler som revmatologer betraktet som de viktigste predikatorene for funksjonshemming blant pasienter med RA, fant de at alder, kjønn og sykdomsvarighet var de viktigste predikatorene. Det er verd å merke seg at ingen av de 24 predikatorene var av psykisk eller mental art. Hart (1987) påpeker at det som kjennetegner sykdommen revmatoid artritt er at personens tilstand blir gradvis forverret dess flere år en har hatt sykdommen. Fries (1985) påpeker at de menneskelige organers reservekapasitet avtar med ca. 1.5% hvert år. Mange mener at det som kjennetegner alderdommen er gradvis reduksjon av yteevne både kroppslig og mentalt, og forventer dermed at alder i seg selv vil føre til svekket fysisk og psykisk funksjon.

Denne studien har som utgangspunkt at SOC er kritisk for plassering på helsekontinuumet. Ved å inkludere variablene alder og sykdomsvarighet har vi mulighet for å kontrollere den relative betydningen av disse tre variablene.

Dersom en går tilbake til den teoretiske modellen (figur 3-1), er det postulert at styrken på en persons mestringsressurser er avgjørende for vedkommendes plassering på helsekontinuumet. I analysemodellen (figur 3-3) har vi valgt helseindikatoren AIMS som et mål på helsekontinuumet. For å kontrollere forholdet mellom helseindikatoren AIMS og personens egenvurderte helse er det i AIMS lagt inn et gradert tilleggsspørsmål der respondenten oppgir egenvurdert helse. I denne studien får dessuten respondentene anledning til å oppgi områder i livet som har høy prioritering for dem. De angir i hvilken grad de føler at de får tilfredsstilt disse prioriteringene. Både egenvurdert helse og tilfredsstillelse av egne prioriteringer er en form for helseindikatorer. Disse vil også være medbestemmende for individets plassering på helsekontinuumet. Det er forventet at begge disse indikatorene vil peke i samme retning som AIMS. Dersom disse tre variablene peker i samme retning, er det med på å bekrefte personens plassering på helsekontinuumet.

Vi har nå presentert variablene i studien og skissert sammenhengene mellom variablene. Hypotesene som nå fremsettes vil være en nærmere presisering av disse sammenhengene.

### **3.4 HYPOTESER**

Hypotesene vil først og fremst ha sin bakgrunn i Antonovskys salutogeniske helseteori. De vil også inneholde faktorer som blir ansett som viktige innen revmatologisk forskning. Dernest vil de også bli begrunnet ut fra empiriske studier.

#### **3.4.1 Sammenhengen mellom SOC og helsestatus**

H 1 er den sentrale hypotesen i studien og behandler sammenhengen mellom en persons "Sense of Coherence" og vedkommendes helsestatus målt ved hjelp av AIMS. H 1:1 til H 1:9 er underhypoteser under H 1. I underhypotesene vil en splitte opp delkomponentene i AIMS for å undersøke om noen av delkomponentene viser sterkere samvariasjonen med SOC enn andre.

H 1: Det vil være en positiv samvariasjon mellom en persons mestringsressurser målt ved hjelp av SOC og vedkommendes helsestatus målt ved hjelp av AIMS.

I følge Antonovskys salutogeniske helseteori vil en kunne hevde at det er en positiv samvariasjon mellom en persons SOC og vedkommendes helsestatus. Antonovsky setter selv opp hypotesen: *"The strength of the SOC has direct physiological consequences and, through such pathways, affects health status"* (1988, s. 154). Dette begrunner han ved å referere til to mekanismer beskrevet hos Cohen: *"First, coping may increase hormonal levels, causing direct tissue damage or influencing bodily resistance to illness....others have suggested that positive morale and the will to live may have positive physiological consequences"*(1984).

Antonovsky mener at sentralnervesystemet (CNS) spiller en avgjørende betydning som bindeledd mellom stressorer og sykdom. Mekanismene bak beskriver han på følgende måte: *"The person with a strong SOC mobilizes emotional and cognitive intra- and interpersonal*

*and material resources to cope with problems. He or she also mobilizes, through the CNS, neuroimmunological and neuroendocrinological resources to prevent damage to the organism"* (1988, s. 160).

Hensikten med å benytte AIMS i forhold til Antonovskys helseteori er å undersøke om en finner en sammenheng mellom grad av SOC og hvordan vedkommende fungerer med diagnosen RA. Dette gir en indikasjon på hvor personen befinner seg på helsekontinuumet. AIMS er tidligere brukt som en indikator for å måle effekten av medikamenter og som et prognostisk instrument for å forutsi utviklingen av sykdommen. Pincus et. al. (1987) viser til resultater fra en longitudinell undersøkelse blant 75 pasienter med revmatoid artritt. Denne målingen har mye til felles med AIMS der de måler fingerferdighet, evne til å forflytte seg, osv. Dette registreres ved første måling og ni år etter. Hos pasienter som viser alvorlig funksjonshemming ved første måling finner en 50% dødelighet 5 år etter.

Antonovsky hevder at SOC er en relativt stabil faktor i en voksen persons liv. Selv om kronisk sykdom er en langvarig stressor skal det dramatiske endringer til for at personens nivå av SOC skal endres drastisk (Antonovsky, 1988, s. 119-123).

RA er en sterkt invalidiserende sykdom. Dette tatt i betraktning vil en forvente at en person med høy SOC-verdi vil fungere bedre enn en person med den samme funksjonshemmingen, men med lav SOC. Antonovsky understreker likevel at enkelte problemer ikke er mulig å løse uansett hvor sterk SOC en har. Antonovsky påpeker imidlertid at personer med sterk SOC vil mestre disse problemene bedre enn personer med svak SOC. Når problemene er umulige å løse, vil disse personene ha evnen til å gjøre det beste ut av situasjonen, og livet vil oppleves mindre smertefullt (Antonovsky, 1988 s. 148).

Ut fra Antonovskys teori vil vi derfor forvente en positiv samvariasjon mellom grad av SOC og total AIMS. Det vil også være konsistent å forvente samvariasjon mellom en total SOC-score og de enkelte underkategoriene i AIMS. H 1 vil derfor bli delt opp i flere underhypoteser der en undersøker samvariasjonen mellom SOC og de 9 komponentene i AIMS.

- H 1:1 Jo høyere SOC en person har, dess bedre mobilitet vil vedkommende ha.
- H 1:2 Jo høyere SOC en person har, dess bedre vil vedkommende fungere fysisk.
- H 1:3 Jo høyere SOC en person har, dess bedre fingerferdighet vil vedkommende ha.
- H 1:4 Jo høyere SOC en person har, dess bedre vil vedkommende være i stand til å utføre husarbeid.
- H 1:5 Jo høyere SOC en person har, dess høyere grad av sosial aktivitet vil vedkommende ha.
- H 1:6 Jo høyere SOC en person har, dess bedre vil vedkommende fungere med hensyn til ADL (dagliglivets aktiviteter).
- H 1:7 Jo høyere SOC en person har, dess lavere grad av smerte vil vedkommende ha.
- H 1:8 Jo høyere SOC en person har, dess lavere grad av depresjon vil vedkommende ha.
- H 1:9 Jo høyere SOC en person har, dess lavere grad av angst vil vedkommende ha.

Når det gjelder SOC, kan en også undersøke om de tre komponentene i SOC gir ulikt utslag på de ulike sammenhengene som er skissert ovenfor. Antonovsky understreker imidlertid at SOC må ses på som et hele, og selv om de tre hovedkomponentene i SOC kan skilles på det teoretiske plan ble, spørreskjemaet konstruert for å brukes som et hele.

### **3.4.2 Sammenhengen mellom SOC og egenvurdert helse**

Hypotese H 2 undersøker sammenhengen mellom SOC og egenvurdert helse. Med egenvurdert helse mener vi i denne sammenheng hvordan vedkommende selv vurderer sin helhetlige livssituasjon. Denne vurderingen blir gjort på bakgrunn av alle de måter leddgikten virker inn på vedkommende. Denne faktoren henger nøye sammen med hvordan vedkommende opplever sin livskvalitet.

H 2: Det vil være en positiv samvariasjon mellom en persons mestringsressurser målt ved hjelp av SOC og vedkommendes egenvurderte helse.

Variabelen egenvurdert helse er en helseindikator som også har til hensikt å plassere personen på helsekontinuumet. H 2 blir derfor betraktet som støttehypotese til H 1.

Hypotesen kan knyttes opp mot empiriske studier som viser til personers egenvurderte helse. Tingvatn (1993) fant i en undersøkelse av 249 eldre personer, en positiv samvariasjon mellom en persons SOC og vedkommendes egenvurderte helse. I en undersøkelse utført blant 94 voksne personer med ulike former for artritt, viser Burckhardt (1985) til at følgende psykologiske faktorer bidrar direkte til en høyere grad av livskvalitet: positivt selvbylde, grad av indre kontroll over egen helse, mottatt sosial støtte og lav grad av negative holdninger mot sykdommen.

Braden (1990) fant i en undersøkelse av 396 personer med revmatoid artritt at det er en sterk sammenheng mellom personens egen oppfatning av sin evne til å takle motgang, og vedkommendes selvhjelpenhet og opplevelse av livskvalitet.



### **3.4.3 Sammenhengen mellom SOC OG tilfredsstillelse av egne prioriteringer**

H3 omhandler sammenhengen mellom SOC og tilfredsstillelse av egne prioriteringer. Med egne prioriteringer mener vi i denne sammenhengen i hvilken grad vedkommende får tilfredsstilt de områder i livet som vedkommende selv opplever som sentrale.

H 3: Det vil være en positiv samvariasjon mellom en persons mestringsressurser målt ved hjelp av SOC og grad av tilfredsstillelse av egne prioriteringer.

H 3 blir også betraktet som støttehypotese til H 1. Variabelen tilfredsstillelse av egne prioriteringer har også til hensikt å plassere personen på helsekontinuumet. Denne hypotesen begrunnes ut fra at en person med en høy grad av SOC vil strebe mot å få tilfredsstilt områder i livet som oppleves som sentrale og viktige. De vil strebe etter en så høy grad av helse som mulig. Ifølge holistisk helseteori slik Nordenfelt (1987) beskriver den, innehar en person helse dersom han får tilfredsstilt sine handlingsmål. Disse mål er individuelle og kan variere fra person til person.

I forbindelse med en bedømmelse av MACTAR foreslår Meenan & Pincus (1987) at et mål for kartlegging av individuelle prioriteringer bør benyttes i tillegg til standardiserte instrument. En kan dermed få et mål som er mer sensibelt for individuelle forandringer enn det en får ved kun å benytte et standardisert spørreskjema. MACTAR («Mc Master Toronto Arthritis Patient Preference Disability Questionnaire») (Tugwell et. al., 1987) er et instrument som er utformet for å kartlegge hva som er viktig for den enkelte, og skal avdekke individuelle forandringer i større grad enn de tradisjonelle standardiserte spørreskjemaene. I denne studien vil respondentene få anledning til fritt å oppgi tre områder i livet som de selv anser som viktige, og å bedømme i hvilken grad de får tilfredsstilt disse.

### **3.4.4 Sammenhengen mellom sykdomsvarighet og helsestatus**

Denne hypotesen undersøker sammenhengen mellom antall år personen har hatt RA og helsestatus. I følge tidligere forskning innen revmatologi er sykdomsvarighet en av de

viktigste prediktorene for helsestatus og funksjonsnivå blant personer med RA (Sherrer et. al., 1987). Dette innebærer en antagelse om at en person fungerer dårligere dess flere år vedkommende har hatt sykdommen.

H 4: Det vil være en negativ samvariasjon mellom sykdomsvarighet og personens helsestatus målt ved hjelp av AIMS.

H 4 er en kontrollhypotese i forhold til H 1. Den er tatt med for å undersøke om sykdomsvarighet er en viktigere forklaringsfaktor for helsestatus enn SOC.

Hypotesen begrunnes ut fra den kjennskap en i dag har til revmatoid artritt. Som beskrevet tidligere, er RA en kronisk sykdom som det ikke finnes helbredelse for. I følge Hart (1987) vil sykdommen hos de fleste ha en kronisk progressiv utvikling med gode og dårlige perioder, men med en gradvis forverring av funksjonsstatus. Ut fra denne kunnskapen vil en forvente at funksjonsnivået blir verre jo flere år en har hatt sykdommen.

### **3.4.5 Sammenhengen mellom sykdomsvarighet og egenvurdert helse**

H 5 undersøker sammenhengen mellom sykdomsvarighet og egenvurdert helse. Det postuleres at det er en negativ samvariasjon mellom sykdomsvarighet og vedkommendes egenvurderte helse. Dette innebærer at dess flere år personen har hatt sykdommen, dess dårligere vil vedkommende vurdere sin helhetlige situasjon.

H5: Det vil være negativ samvariasjon mellom sykdomsvarighet og personens egenvurderte helse.

I tråd med hypotese H 4 vil vi også forvente at det er negativ samvariasjon mellom antall år vedkommende har hatt RA og egenvurdert helse. H 5 er tatt med som en kontrollhypotese for å kontrollere om egenvurdert helse går i samme retning som helsestatus målt ved hjelp av AIMS.

### **3.4.6 Sammenhengen mellom sykdomsvarighet og tilfredsstillelse av prioriterte områder**

H 6 behandler sammenhengen mellom sykdomsvarighet og i hvilken grad en får tilfredsstillt områder i livet som en selv vurderer som viktige.

H 6: Det vil være en negativ samvariasjon mellom sykdomsvarighet og personens grad av tilfredsstillelse av egne prioriteringer.

Dersom både funksjonsnivå målt ved hjelp av AIMS og egenvurdert helse blir dårligere dess flere år vedkommende har hatt RA, vil det være konsistent å forvente at også tilfredsstillelse av egne prioriteringer går nedover i takt med antall år en har hatt sykdommen.

### **3.4.7 Sammenhengen mellom alder og helsestatus**

H 7 omhandler sammenhengen mellom alder og helsestatus. Hypotesen bygger på en antakelse om at dess eldre en person er, dess dårligere vil vedkommende fungere.

H 7: Det vil være en negativ samvariasjon mellom en persons alder og vedkommendes helsestatus målt ved hjelp av AIMS.

Denne hypotesen begrunnes med at normale aldringsprosesser fører til gradvis nedsatt funksjonsevne. Dersom en hadde testet AIMS på en normalbefolkning, ville en mest sannsynlig funnet at funksjonsnivået generelt ville gå ned med økt alder. Fries (1985) påpeker at våre organers reservekapasitet avtar med ca. 1,5 % pr. år. Dersom ikke sykdom eller skade kommer imellom vil døden til slutt inntre pga. elde. Langius (1993) har benyttet Sickness Impact Profile (SIP) for å måle den generelle helsetilstanden i en normalbefolkning i Sverige. Resultatene viste at jo høyere alder dess dårligere helsetilstand. Et annet aspekt ved denne hypotesen er at jo eldre en person er, jo større sannsynlighet er det for at vedkommende har hatt RA i mange år. Faren for å få RA øker med økt alder. I følge Sherrer et. al. (1987) er alder en av de viktigste prediktorene for helsestatus og funksjon hos personer med RA.

I denne studien er det ikke tatt med hypoteser som omhandler sammenhengen mellom alder og egenvurdert helse, og sammenhengen mellom alder og tilfredsstillelse av egne prioriteringer. Grunnen til dette er at vi må forvente at personer, når de blir bedt om å vurdere sin helhetlige helsesituasjon og i hvilken grad de får tilfredsstilt egne prioriteringer, så gjør man dette under hensyn til egen alder.

Før hypotesene blir empirisk testet, vil vi i neste kapittel redegjøre for det metodiske opplegg for datainnsamlingen.

## **KAPITTEL 4: METODE**

### ***4.1 INNLEDNING***

Når det gjelder valg av metode er det tatt utgangspunkt i problemformuleringen. En vil i denne studien primært undersøke sammenhengen mellom mestringsressurser og helsestatus hos personer med revmatoid artritt. For å undersøke dette må en velge hensiktsmessige metoder for innsamling av data. For å måle mestringsressurser ble det standardiserte spørreskjemaet «Sense of Coherence» (SOC) valgt. Det er brukt i en rekke studier i flere land og er testet med hensyn til reliabilitet og validitet. For å måle helsestatus har en valgt det standardiserte spørreskjemaet «Arthritis Impact Measurement Scale» (AIMS). Dette skjemaet er utviklet spesielt for å måle helsestatus hos revmatikere. Det er også benyttet i en rekke studier og er testet med hensyn til reliabilitet og validitet.

Hensikten med denne studien slik det er formulert gjennom problemformuleringen og hypotesene, er å undersøke sammenhenger mellom variablene mestringsressurser og helsestatus. Egenskaper som er nødvendige for å undersøke sammenhenger mellom variabler blir best ivaretatt gjennom deskriptive design (Churchill 1979).

Forskningsdesignet i denne studien er survey som er en deskriptiv analytisk tilnærming. I følge Brink & Wood (1989) egner deskriptive studier seg svært godt til både teoribygging

(induktivt) og teoritestning (deduktivt). Denne studien tar sikte på å teste problemstillingen empirisk i forhold til tidligere teori, dessuten å knytte sammen ulike teorier.

Typisk for survey metoden er at en benytter spørreskjema for innsamling av data (Polit & Hungler 1991). I denne studien er spørreskjemaet distribuert som postenquôte. Deltakerne mottok spørreskjemaet i posten, besvarte skjemaet og returnerte det uten at det var personlig kontakt mellom forsker og respondentene. Studien ble gjennomført som en tverrsnittundersøkelse. Det innebærer at det ble foretatt en måling, uten oppfølging. En får dermed ikke med tidsfaktoren.

## **4.2 UTVALG**

Utvalget er hentet fra Bergen Revmatikerforening. For å være med i utvalget må en ha fått diagnosen revmatoid artritt (leddgikt) av lege. Som nevnt i teorikapitlet er det en rekke kriterier som må være oppfylt for å få denne diagnosen. Det er ukjent hvor mange i Bergen Revmatikerforening som har denne sykdommen, da foreningens 1700 medlemmer består av mennesker med mange forskjellige revmatiske lidelser som viser forskjellig sykdomsbilde. Foreningen har ingen oversikt over det enkelte medlems diagnose. Foreningens ledelse, ved formannen i styret trakk ut hver tredje person fra medlemsregisteret inntil vi fikk 500 personer . Disse 500 fikk tilsendt et brev (vedlegg 4) fra styreformannen. I dette brevet fikk de en oppfordring om å delta i undersøkelsen, dersom de hadde fått diagnosen revmatoid artritt (leddgikt) av lege. I tillegg ble det orientert om undersøkelsen på et medlemsmøte i foreningen. Til sammen meldte det seg 66 personer som ønsket å delta i undersøkelsen. Disse fikk tilsendt spørreskjema. Av disse 66 det 52 som besvarte og returnerte skjemaet. Utvalget er altså et bekvemmelighetsutvalg, og ikke et representativt utvalg av alle revmatikere i Bergen Revmatikerforening. Det er heller ikke et representativt utvalg for alle revmatikere i Norge. Vi må dermed være svært forsiktige med å generalisere resultatene.

Hovedhensikten med denne studien er å teste Antonovskys salutogeniske teori med hensyn til sammenhengen mellom mestringsressurser og helse. Antonovskys teoretiske prediksjoner vil bli gjenstand for empirisk testing. På mange måter kan vi betrakte dette som en teoritestende studie. Det er ikke personer med RA i seg selv som er interessant, men studien må gjennomføres i en setting som sikrer tilstrekkelig variasjon på variablene. Det sentrale spørsmålet om representativitet er da ikke om respondentene i studien er representative i forhold til utvalget som er medlemmene i Bergen Revmatikerforening, men at respondentene ikke avviker systematisk fra det som generelt kjennetegner personer med RA. Dersom respondentene i studien avviker systematisk vil dette systematisk kunne påvirke svarfordelingen på de enkelte variabler. De observerte fordelinger i denne studien kan således være feilaktige i forhold til det som kjennetegner personer med RA. I neste omgang vil vi få feilaktige resultater på de sammenhenger vi er opptatt av å studere. Derved står vi i fare for å trekke teoretiske feilslutninger. Det sentrale blir derfor å undersøke om respondene er 'typiske' for det som kjennetegner personer med RA.

Som nevnt i teorikapittelet finnes det anslag over forekomst og kjønnsfordeling av personer med diagnosen revmatoid artritt i befolkningen. Ettersom dette bare er anslag, er det forsøkt å fremskaffe reelle tall. Det viste seg imidlertid at slike statistikker ikke finnes. Ved henvendelse til Statistisk sentralbyrå (SSB), fikk jeg opplyst at de ikke har pålitelige opplysninger om utbredelse osv. Det er kun somatiske sykehus som rapporterer i forbindelse med utskrivelser. Disse rapportene er også svært mangelfulle. I følge SSB ble det kun utskrevet 13 personer med diagnosen revmatoid artritt i 1994. I følge litteratur og erfaring vet en at dette er for lavt og gir et vrangbilde av virkeligheten.

Ettersom det ikke finnes god statistikk på dette området, har jeg valgt en annen tilnærming. Jeg har sammenlignet respondentene i denne studien med respondenter i andre studier som har benyttet personer med RA. Det vil bli foretatt sammenligninger med tre andre studier med hensyn til alder, sykdomsvarighet og helsestatus målt ved hjelp av AIMS.

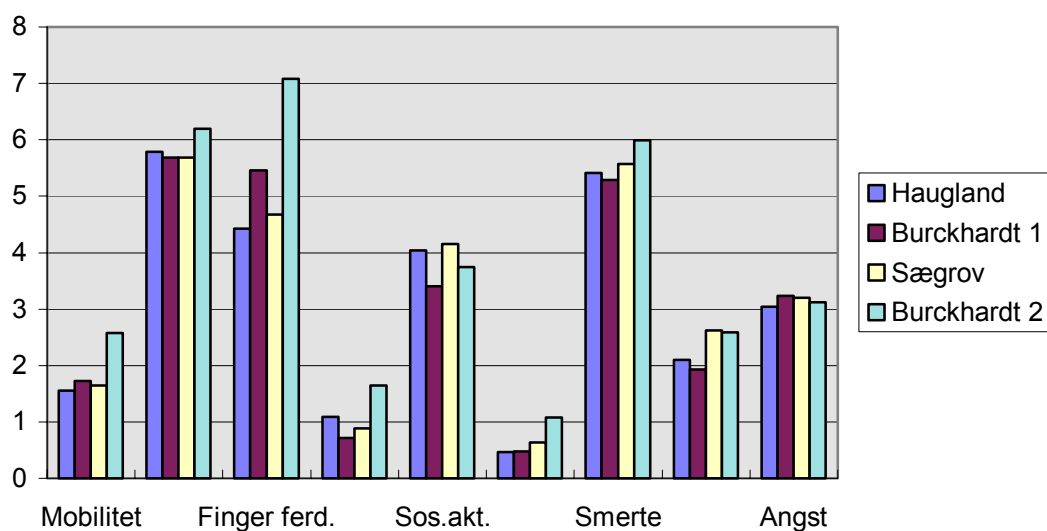
Burckhardt (1993, 1) har benyttet AIMS i en undersøkelse av 280 kvinner med ulike kroniske sykdommer, 31 av dem hadde diagnosen RA. Disse var pasienter ved 2 revmatiske klinikker, en privat og en universitetsklinikk i USA. Segrov (1994) har også benyttet AIMS i

en undersøkelse av 70 personer med revmatoid artritt. Dette utvalget er hentet fra poliklinikkene til Haukeland sykehus og Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane. Segrov har delt utvalget i to grupper 30 personer har hatt diagnosen i mindre enn 4 år og 40 personer har hatt diagnosen i mer enn 4 år. Opplysningene her er fra upubliserte data i forbindelse med denne undersøkelsen og tallmaterialet er fra begge gruppene sett under ett. Burckhardt (1993, 2) har benyttet AIMS i en komparativ undersøkelse blant 100 kvinner ved et universitetssykehus i Sverige. Noen av disse var innlagt på sykehuset, mens andre ble behandlet poliklinisk. Hun sammenligner 50 kvinner med den revmatiske lidelsen SLE med 50 aldersmatchede kvinner med RA. Respondentene ble randomisert valgt innen et 10 års strata. Opplysningene angående delkomponentene i AIMS gjelder de 50 RA kvinnene og er hentet fra delvis upubliserte data i forbindelse med den Svenske studien . Tabell 4-1 gjengir resultatene. Figur 4-1 illustrerer delkomponentene grafisk.



Tabell 4-1: En sammenligning av alder, sykdomsvarighet og AIMS hos Haugland, Burckhardt 1 (1993, undersøkels fra USA) og Sægrov (1994) og Burrckhardt 2 (1993, undersøkelse fra Sverige). Verdiene er gjennomsnitt med standardavvik i parentes.

	Haugland	Burckhardt 1	Sægrov	Burckhardt 2
Alder	58 (14,3)	55 (13,3)	51 (10,5)	45 (10,3)
Sykdomsvarighet	16 (12,9)	15 (11,3)	11	15 (8,4)
<b>AIMS-delkomponenter</b>				
Mobilitet	1,56 (2,42)	1,73 (2,72)	1,65 (2,98)	2,58 (2,93)
Fysisk aktivitet	5,79 (2,59)	5,68 (2,64)	5,68 (2,46)	6,20 (2,50)
Fingerferdighet	4,43 (3,18)	5,46 (3,14)	4,68 (3,04)	7,08 (2,47)
Husholdn. aktivitet	1,09 (0,84)	0,72 (0,77)	0,89 (0,85)	1,65 (1,09)
Sosial aktivitet	4,04 (2,00)	3,40 (1,40)	4,15 (2,13)	3,75 (1,56)
ADL	0,46 (0,89)	0,48 (1,16)	0,63 (1,05)	1,08 (1,68)
Smerte	5,41 (2,00)	5,29 (2,13)	5,57 (2,10)	5,99 (2,30)
Depresjon	2,10 (1,57)	1,93 (1,49)	2,62 (1,79)	2,59 (1,32)
Angst	3,04 (1,83)	3,23 (1,89)	3,20 (1,80)	3,12 (1,91)



Figur 4-1: En sammenligning av alder, sykdomsvarighet og AIMS..

Som tabellen og figuren viser er det stort sammenfall både når det gjelder gjennomsnittsverdi og standardavvik med hensyn til delkomponentene i AIMS i disse fire undersøkelsene. De to

siste undersøkelserne avviker litt med hensyn til alder og sykdomsvarighet pga. utvelgingsmåten. Alle undersøkelserne viser at de vesentligste begrensningene i funksjonsevne ligger i fysisk aktivitet og fingerferdighet. Undersøkelsene viser også høy grad av smerte og en viss begrensning når det gjelder sosial aktivitet. Evnen til å utføre dagliglivets aktiviteter (ADL) er i liten grad påvirket. Studiene viser også liten begrensning i evnen til å utføre husholdningsaktiviteter og mobilitet. I følge litteraturen (Hart, 1987, Munte, 1987) er fingerleddene og dermed finmotorikken noe av det som affiseres først ved denne lidelsen, derfor synes funnene å stemme når det gjelder hvilke delkomponenter av AIMS som gir størst utslag i disse studiene. Som sammenligningen med de tre andre studiene viser, skulle det ikke være noen spesiell grunn for å tro at respondentene i utvalget er 'atypiske' for personer med RA.

### ***4.3 INSTRUMENT***

Spørreskjemaet som er brukt i undersøkelsen er sammensatt av et sett spørsmål som måler bakgrunnsvariabler, grad av tilfredsstillende av egne prioriteringer, og to standardiserte spørreskjema; "Sense of Coherence" (SOC), og "The Arthritis Impact Measurement Scale" (AIMS).

#### **4.3.1 Bakgrunnsvariabler (demografiske variabler)**

Spørreskjemaet starter med bakgrunnsvariabler som belyser situasjonen til respondentene. Det blir i denne delen av spørreskjemaet kartlagt variabler som alder, kjønn, sivilstand, boforhold og utdanning. I tillegg blir det spurt om i hvilket årstall de har fått diagnosen revmatoid artritt (leddgikt).

### **4.3.2 Tilfredsstillelse av egne prioriteringer**

Respondentene ble i spørreskjemaet også bedt om å nevne tre områder i livet som betyr mye for dem. Hensikten med dette spørsmålet var å registrere områder som personen selv prioriterer høyt. I neste omgang ble respondenten bedt om å gradere på en Likert type skala fra 1-7, i hvilken grad vedkommende føler at han får tilfredsstilt hvert av disse områdene. Bakgrunnen for å ha med disse spørsmålene er å kartlegge i hvilken grad individet får tilfredsstilt de områder som vedkommende selv synes er viktige.

### **4.3.3 "Arthritis Impact Measurement Scale" (AIMS)**

For å måle personens helsestatus har jeg valgt en helseindikator som er sykdomsspesifikk. Dvs. en indikator som er spesielt utviklet for å måle helse og funksjon hos mennesker med en spesiell lidelse.

"Arthritis Impact Measurement Scale" (AIMS) er utviklet av Meenan et. al (1980). Det er en multidimensjonal indeks som har til hensikt å måle helsestatus hos pasienter med artritt. Den ble utviklet som et mål for å evaluere effekten av behandling for denne pasientgruppen. Instrumentet har til hensikt å måle fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende, og det bygger på WHO's definisjon av helse.

AIMS består av 46 spørsmål. På ett av spørsmålene blir respondenten bedt om ta i betraktning alle måter leddgikten virker inn på. De bes å gradere hvordan de synes de har det på en 5 punkts skala som går fra svært bra til svært dårlig. Dette spørsmålet refererer til egenvurdert helse. De øvrige 45 spørsmålene kartlegger 9 dimensjoner eller komponenter; mobilitet, fysisk aktivitet, fingerferdighet, husholdningsaktiviteter, sosial aktivitet, dagliglivets aktiviteter (ADL), smerte, depresjon og angst. Etter standard prosedyre blir svarene omgjort til en skala fra 0-10 for hver dimensjon. 0 uttrykker best funksjon (ingen funksjonshemming) og 10 uttrykker dårligst funksjon. Instrumentet benytter Guttman skalaer, som er kumulative skalaer. Hensikten er å bygge opp et hierarki der respondenten plasserer seg selv på et

bestemt nivå. Det antas at respondentene klarer å oppfylle alle de kravene som ligger under det nivået de har valgt, men ingen over. Instrumentet er beregnet for selvutfylling, og det tar ca. 15-20 minutter å besvare.

Grunnen til at jeg har valgt AIMS fremfor andre instrument, er etter en samlet vurdering av fordeler og ulemper i forhold til denne undersøkelsens hensikt. Etter å ha gjennomgått flere bøker som omhandler måling av helse og livskvalitet (Bowling, 1991; Dowell, 1987; Spilker 1990) ble AIMS valgt. AIMS tilfredsstillte kravene til reliabilitet og validitet. Det er testet spesielt i forhold til pasienter med RA (Meenan, 1982; Lorish, 1991; Steward 1991). AIMS egner seg godt til selvutfylling og tar kort tid (Dowell, 1987).

AIMS er oversatt til norsk etter standard prosedyrer i forbindelse med en studie presentert ved Smestad et. al. (1995).

Nedenfor følger en oversikt over de ulike variablene i AIMS med tilhørende operasjonelle mål. Nummereringen angir rekkefølgen i skjemaet.

### **Mobilitet**

1. Må du pga. din sykdom ha hjelp av noen for å komme deg rundt omkring der du bor?
2. Er du i stand til å bruke kollektive transportmidler?
3. Må du holde deg innendørs hele eller mesteparten av dagen på grunn av helsen?
4. Må du holde deg i sengen eller sitte i en stol mesteparten av dagen på grunn av helsen?

### **Fysisk aktivitet**

5. Har du på grunn av helsen begrensede muligheter til anstrengende fysisk aktivitet, f.eks. springe, løfte tunge ting eller delta i anstrengende sportsaktiviteter?
6. Har du på grunn av helsen vanskeligheter enten med å gå lengre strekninger eller å måtte gå opp noen trapper?
7. Har du på grunn av helsen vanskeligheter med å bøye deg, løfte eller stå foroverlent?

8. Har du vanskeligheter enten med å gå korte strekninger eller gå opp en trapp på grunn av helsen?
9. Trenger du hjelp fra en annen person, stokk, krykke, gåstol, eller skinner for å kunne gå?

### **Fingerferdighet**

10. Kan du lett skrive med penn eller blyant?
11. Kan du lett kneppe klærne dine?
12. Kan du lett vri om nøkkelen i en lås?
13. Kan du lett knyte skolissene?
14. Kan du lett åpne et nytt syltetøyglass?

### **Husholdningsaktivitet**

15. Dersom du hadde de nødvendige transportmuligheter, ville du da kunne gjøre innkjøp av mat eller klær?
16. Kan du lage din egen mat?
17. Dersom du hadde kjøkkenredskap og -utstyr (støvsuger, skurebøtte osv.) ville du da kunne gjøre ditt eget husarbeid
18. Dersom du hadde adgang til vaskemaskin, tørketrommel, osv. Ville du da kunne vaske ditt eget tøy
19. Kan du ta alle dine medisiner
20. Kan du håndtere dine egne penger?
21. Dersom du hadde en telefon, ville du være i stand til å bruke den?

### **Sosial aktivitet**

22. Hvor ofte har du vært sammen med venner eller slektninger i løpet av de siste to ukene?
23. Hvor ofte har du fått besøk hjemme av venner eller slektninger i løpet av de to siste ukene?

24. Hvor ofte har du vært på besøk hjemme hos venner eller slektninger i løpet av de siste to ukene?
25. Hvor ofte har du snakket med nære venner eller slektninger på telefonen i løpet av de siste ukene?

### **ADL (dagliglivets aktiviteter)**

26. I hvilken grad trenger du hjelp når du vasker deg, bader i et badekar eller tar en dusj?
27. I hvilken grad trenger du hjelp til å kle på deg?
28. I hvilken grad trenger du hjelp til å gå på toalettet?
29. I hvilken grad er du i stand til å bevege deg rundt omkring?

### **Smerte**

30. Hvordan vil du beskrive dine leddgiktsmerter i løpet av de to siste ukene?
31. Hvor ofte har du hatt sterke leddgiktsmerter i løpet av de siste to ukene?
32. Hvor lenge varte vanligvis din morgenstivhet etter at du våknet i løpet av de to siste ukene?
33. Hvor ofte har du vært plaget av smerter i to eller flere ledd samtidig i løpet av de to siste ukene?

### **Depresjon**

34. I hvor stor del av tiden har du kunnet glede deg over det du har gjort i løpet av de to siste ukene?
38. I hvor stor del av tiden i løpet av de to siste ukene har du følt deg deprimert eller svært deprimert?
40. I hvor stor del av tiden i løpet av de to siste ukene har du følt deg motløs og nedtrykt?
41. Hvor ofte i løpet av de to siste ukene har du følt at ingenting har gått slik du ville?
43. Hvor ofte i løpet av de to siste ukene har du følt at andre ville hatt det bedre dersom du var død?

45. Hvor ofte i løpet av de to siste ukene har du følt deg så langt nede at ingenting har kunnet muntre deg opp?

### **Angst**

35. I hvor stor del av tiden har du følt deg anspent eller overspent i løpet av de siste to ukene?
36. I hvilken grad har du vært plaget av nervøsitet eller "nerver" i løpet av de to siste ukene?
37. Hvor ofte i løpet av de to siste ukene har du funnet det vanskelig å kunne roe deg ned?
39. I hvor stor del av tiden i løpet av de to siste ukene har du følt deg avslappet og fri for stress?
42. I hvor stor del av tiden i løpet av de siste to ukene har du følt deg tilfreds og fylt av ro?
44. I hvor stor del av tiden i løpet av de to siste ukene har du vært i stand til å slappe av uten vanskeligheter?

### **Egenvurdert helse**

46. Tenk over alle de måtene leddgikten virker inn på deg, og sett et kryss på skalaen for hvordan du synes du har det.

#### **4.3.4 "Sense of Coherence" (SOC)**

"Sense of Coherence" er valgt for å måle mestringsressurser i denne studien. Måleinstrumentet SOC er utviklet på basis av Antonovskys salutogeniske helseteori. Da målet med denne studien er å teste ut Antonovskys helseteori i forhold til studiens problemstilling, vil dette instrumentet ha en sentral plass i undersøkelsen.

Avtonovsky har ved å operasjonalisere innholdet i begrepet "Sense of Coherence" utviklet instrumentet "The Sense of Coherence Questionnaire". Antonovsky (1988) bruker

forkortelsen SOC både om begrepet og om spørreskjemaet. Spørreskjemaet er sammensatt av tre hovedkomponenter: "comprehensibility, manageability and meaningfulness." Dette vil bli oversatt med begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Antonovsky understreker at disse tre er komponenter i et hele og må ses i sammenheng (1987). Spørreskjemaet er sammensatt av 29 påstander som respondenten kan identifisere seg med eller ikke. Komponenten begripelighet representeres ved hjelp av 11 påstander, håndterbarhet ved 10 og meningsfullhet ved 8.

Påstandene blir målt ved hjelp av semantiske differensialer, fra 1 til 7. Semantisk differensiale er en teknikk som ofte brukes for å måle holdninger. Respondenten blir bedt om å gi sin bedømming av en påstand ved å sette ring rundt det sifferet på en grafisk tallskala som best uttrykker respondentens holdning. De grafiske tallskalaene består av bipolare adjektiv som spesifiserer to motsatte endepunkter på et kontinuum. Eksempler på slike adjektiv er sterk - svak, viktig - uviktig osv.

Poengene regnes ut ved å summere poengsum for det enkelte spørsmål. Lavest mulige poengsum er 29 og høyest oppnåelige er 203.

SOC er opprinnelig laget på hebraisk og så oversatt til engelsk av Antonovsky selv (Antonovsky, 1987). Det er siden brukt i flere land og kulturer. I følge Antonovsky (1992) var det i 1992 registrert 113 personer eller team fra 20 land, som benyttet SOC som en sentral komponent.

SOC er oversatt til norsk av Margaret C. Eide etter godkjent prosedyre (Eide, 1991). Den er også benyttet i andre norske studier (cf., Mossin, 1992; Tingvatn, 1993; Langeland, 1994).

Nedenfor følger en oversikt over variablene i SOC med tilhørende operasjonelle mål. Skalaene er gjengitt i parentes. R indikerer at skalaen er reversert. Nummereringen angir rekkefølgen i skjemaet.

### **Kognitiv komponent («comprehensibility»)**

1. Når du snakker med andre mennesker, føler du at de ikke forstår deg? (*har aldri hatt denne følelsen - har alltid denne følelsen*) (R)



3. Tenk på personer som du er i daglig kontakt med utenom dem som er deg nærmest. Hvor godt kjenner du de fleste? *(du føler de er fremmede - du kjenner dem meget godt)*
5. Har det hendt at du var overrasket over hvordan personer du trodde du kjente godt, oppførte seg? *(hender alltid - har aldri hendt)* (R)
10. I løpet av de siste ti årene har livet ditt vært: *(full av forandringer uten at du visste hva som kom til å skje - fullstendig velordnet og oversiktelig)*
12. Hvor ofte føler du at du er i en uvant situasjon og at du ikke vet hva du skal gjøre? *(svært ofte - svært sjelden eller aldri)*
15. Når du blir stillt ansikt til ansikt med et vanskelig problem er valget av en løsning: *(alltid forvirrende og vanskelig å finne - alltid helt klart)*
17. Livet ditt i fremtiden vil sannsynligvis bli: *(fullt av forandringer uten at du vil vite hva som kommer til å skje - fullstendig velordnet og oversiktelig)*
19. Har du svært motstridende følelser og tanker? *(svært ofte - svært sjelden eller aldri)*
21. Hender det at du har følelser inni deg som du ikke ønsker å ha? *(svært ofte - svært sjelden eller aldri)*
24. Hender det at du føler at du ikke helt vet hva som kommer til å skje? *(svært ofte - svært sjelden eller aldri)*
26. Når noe har hendt, har du vanligvis oppdaget at du: *(overvurderte eller undervurderte betydningen av det - du vurderte det riktig)*

### **Handlingskomponent («manageability»)**

2. Tidligere, når du var avhengig av samarbeid med andre for å få gjort noe, følte du at det: *(helt sikkert ikke ville bli gjort - helt sikkert ville bli gjort)*
6. Har det hendt at du ble skuffet over personer som du stolte på? *(har aldri hendt - hender alltid)* (R)
9. Føler du at du blir urettferdig behandlet? *(svært ofte - svært sjelden eller aldri)*
13. Hva beskriver best hvordan du betrakter livet? *(en kan alltid finne en mulighet til å takle det som er vondt i livet - det finnes ingen løsning på det som er vondt i livet)* (R)
18. Når noe ubehagelig hendte før i tiden, hadde du en tendens til å: *(la det stadig gnage - si «all right» slik er det, jeg må leve med det og gå videre)*

20. Når du utfører noe som føles godt for deg vil det sikkert: *(fortsette å kjenne godt - skje noe som ødelegger denne følelsen)* (R)
23. Tror du det alltid vil være mennesker som du vil kunne stole på i fremtiden? *(jeg er sikker på at det ville være noen - jeg tviler på at det vil være noen)* (R)
25. Mange mennesker, selv karaktersterke, føler seg noen ganger som tapere i visse situasjoner. Hvor ofte har du følt det slik tidligere? *(aldri - svært ofte)* (R)
27. Når du tenker på vanskeligheter du sannsynligvis kommer til å møte mht. viktige sider av ditt liv, føler du at du: *(alltid vil lykkes i å overvinne vanskelighetene - ikke vil lykkes i å overvinne vanskelighetene)* (R)
29. Hvor ofte har du følelser du ikke er sikker på om du kan holde under kontroll? *(svært ofte - svært sjelden eller aldri)*

#### **Meningskomponent («meaningfulness»)**

4. Føler du i bunn og grunn, at du ikke bryr deg om hva som skjer rundt deg? *(svært sjelden eller aldri - svært ofte)* (R)
7. Livet er: *(meget interessant - bare rutine)* (R)
8. Inntil nå har livet ditt hatt: *(ingen klare mål eller hensikter - meget klare mål og hensikter)*
11. Mesteparten av dine gjøremål i fremtiden vil antakelig bli: *(helt fasinende - dødsjedelig)* (R)
14. Når du tenker på livet ditt, vil du svært ofte: *(føle at det er godt å leve - spør deg selv hvorfor du lever i det hele tatt)* (R)
16. Å utføre dine daglige gjøremål er: *(en kilde til stor glede og tilfredsstillelse - en kilde til smerte og kjedsomhet)* (R)
22. Hvordan forventer du at ditt personlige liv vil bli i fremtiden? *(fullstendig uten mening og hensikt - full av mening og hensikt)*
28. Hvor ofte føler du at det er lite mening i de tingene du gjør til daglig? *(svært ofte - svært sjelden eller aldri)*

#### 4.4 RELIABILITET OG VALIDITET

I kvantitative metoder er måling og kartlegging av variabler viktig. To nøkkelbegrep i denne sammenheng er reliabilitet og validitet. Reliabilitet henspeiler på måleinstrumentet. Ord som blir brukt synonymt med reliabilitet er: avhengighet, stabilitet, konsistens, forutsigbarhet og nøyaktighet. Dette henspeiler på at instrumentet vil måle det samme om en gjentar målingen på et senere tidspunkt, eller om en annen person gjennomfører målingen. En definisjon på reliabilitet kan være: *"Relativt fravær av målefeil i et måleinstrument"* (Kerlinger, 1986, s. 405). Reliabilitet er også beskrevet som nøyaktighet og presisjon i et måleinstrument.

Cronbachs alpha er en reliabilitetskoeffisient som anslår intern konsistens eller homogenitet i et måleinstrument som er bygget opp av flere underpunkter (Polit & Hungler, 1991). Reliabilitetskoeffisienten uttrykkes som standardiserte koeffisienter som varierer fra 0,0 til + 1.00, der den høyeste koeffisienten reflekterer perfekt grad av intern konsistens.

Målinger kan generelt uttrykkes på følgende måte:

$$X_o = X_v + X_{sf} + X_{tf}$$

som uttrykker følgende:

$X_o$  = observert verdi

$X_v$  = virkelig verdi

$X_{sf}$  = systematisk feil

$X_{tf}$  = tilfeldig feil

En måling vil være perfekt valid når den observerte verdi er lik den virkelige verdi,  $X_o = X_v$  ( $X_{sf} = 0$ ,  $X_{tf} = 0$ ). En måling er derimot reliabel når  $X_{tf} = 0$ . Valide målinger vil dermed også være reliable, men det motsatte vil ikke alltid være tilfelle. Reliabilitet er derfor en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for validitet.

Feilvariansen kan skyldes tilfeldige eller systematiske målefeil. Når det gjelder reliabilitet, er målet å eliminere de tilfeldige målefeilene. Tilfeldige målefeil kan skyldes f.eks. feil koding, feilpunching eller utenforliggende hendelser. De tilfeldige målefeilene kan like godt gå i

positiv som negativ retning og vil ofte oppveie hverandre, i alle fall hvis materialet blir stort nok. De systematiske målefeilene (bias) vil derimot systematisk kunne påvirke resultatene i en bestemt retning og gi et fordreid bilde av virkeligheten. Eksempler på systematiske målefeil er sosial idealisering (en prøver å fremstå som mer "vellykket" enn en egentlig er) og enighetsbias (en svarer ja, eller sier seg enig uansett hva en blir spurt om) (Mastekaasa 1988). I følge Mastekaasa (1988) vil en anta at tendensen til sosial idealisering blir mindre dersom en sørger for at respondenten sikres anonymitet, f.eks. ved å benytte spørreskjema der respondenten ikke oppgir navn. Ved at noen av spørsmålene reverseres kan enighetsbias til en viss grad motvirkes. Dersom en er klar over hvilke systematiske feil en kan ha i en undersøkelse, er det lettere å unngå dem eller kompensere for dem.

I empirisk forskning er det ikke nok å ha et instrument med høy reliabilitet, det er viktig også å bedømme validiteten i undersøkelsen. I følge Kerlinger (1986, s. 417) er den vanligste definisjonen på validitet: Måler vi det vi tror vi måler? Dersom begrepene eller variablene vi måler mangler validitet, står vi i fare for å trekke feilaktige slutninger. Dermed kan vi komme til å uttale oss om sammenhenger vi ikke har grunnlag for å si noe om.

Cook & Campbell (1979) skiller mellom fire hovedtyper av validitet.

- 1) Begrepsvaliditet
- 2) Statistisk konklusjonsvaliditet
- 3) Intern validitet
- 4) Ekstern validitet

Begrepsvaliditet handler om hvor gode de operasjonelle målene er. I hvilken grad er det samsvar mellom begrepene på teori og på måleplan. Mange mener at reliabilitet er en undermengde av begrepsvaliditet. Valide målinger er alltid reliable. For at en undersøkelse skal være valid, er høy reliabilitet en betingelse, men det er ikke tilstrekkelig.

Statistisk konklusjonsvaliditet handler om i hvilken grad vi får støtte for de postulerte sammenhengene. For å teste hypoteser må en i ha tilstrekkelig variasjon i variablene. De data en bruker må være slik at det er mulig å teste sammenhenger mellom variabler.

Intern validitet refererer til det å trekke slutninger om kausalsammenhenger, eller at fravær av sammenheng også indikerer et fravær av årsak - virkning. Ekstern validitet handler om i hvilken grad vi kan generalisere resultatene.

Hvordan en vil prioritere mellom de ulike formene for validitet avhenger av hvilken type undersøkelse en ønsker å gjennomføre. Cook & Campbell (1979) foreslår at når det gjelder teoritestning bør man i prioritert rekkefølge vektlegge intern validitet, begrepsvaliditet, statistisk konklusjonsvaliditet og ekstern validitet.

Da dette er en tverrsnittsstudie, har en ikke mulighet til å ta hensyn til tidsfaktoren, og vi kan dermed ikke si noe om årsak/virkningssammenhenger. Hensynet til begrepsvaliditet sikres først og fremst ved at undersøkelsen gjør bruk av standardiserte spørreskjema som allerede er testet for reliabilitet og begrepsvaliditet. Dette blir nærmere behandlet nedenfor. Når det gjelder forholdet mellom statistisk konklusjonsvaliditet og ekstern validitet, påpeker Cook & Campbell (1979, s. 83) at man i teoritestning bør prioritere kravet til statistisk forklaringskraft på bekostning av hensynet til generaliserbarhet. Ved å operere med en homogen respondentgruppe får man en sterkere statistisk forklaringskraft, men samtidig reduseres muligheten for å generalisere. I denne studien er det valgt ut en gruppe med samme diagnose for å få en så homogen gruppe som mulig når det gjelder sykdomsbilde. Gruppen vil likevel variere med hensyn til alder, kjønn, alvorlighetsgrad av sykdommen osv. Vi kan dermed studere sammenhenger mellom variabler med data fra en homogen respondentgrupper. Vi må imidlertid være svært forsiktige med å generalisere ut over denne pasientgruppen. I forhold til hva som er hensikten med denne studien kan vi dermed si at de sentrale validitetsforhold er begrepsvaliditet og statistisk konklusjonsvaliditet.

#### **4.4.1 Reliabilitet og validitet ved AIMS**

Ettersom AIMS benytter Guttman skalaer, har reliabiliteten vært testet ved hjelp av «coefficient of reproducibility» (CR) og «coefficient of scalability» (CS). CR over 0,90 og CS

over 0,60 regnes som tilfredsstillende (Nie et.al., 1975). Spørreskjemaet ble testet ut på 100 tilfeldig utvalgte personer med RA fra to store revmatiske legepraksiser i USA (Meenan, Gertman & Mason, 1980). Ved hjelp av CR og CS ble enkelte spørsmål tatt ut av skjemaet. Når det gjelder den endelige versjonen av AIMS, har alle variablene med unntak av sosial aktivitet en CR over 0,90. Sosial aktivitet har en CR på 0,88. Denne variabelen har videre en CS på 0,56, mens de øvrige variablene alle har en CS på over 0,60. Ettersom åtte av ni variabler har tilfredsstillende CR og CS, og sosial aktivitet nesten når opp til de akseptable verdier, kan en hevde at reliabiliteten er tilfredsstillende.

Alle ni komponentene i AIMS har vist seg å samsvare godt med legers kliniske vurdering av helsestatus og andre skalaer for måling av fysisk funksjonsevne (Bellamy, 1993; Bowling, 1991). Innholdet i AIMS er sammenlignet med innholdet i "Health Assessment Questionnaire" (HAQ) og disse overlapper hverandre med ca. 65% (Bowling, 1991). Weinberger et. al. (ref. i Bellamy, 1993) har sammenlignet AIMS med "Sickness Impact Profile" (SIP) i en longitudinell studie av artritt pasienter med hofte/knelidelser. De fant en statistisk signifikant korrelasjon mellom de to instrumentene med hensyn til fysisk helse, total helse og psykisk helse. I tillegg er AIMS testet mot pasienters gripeeve og tiden pasienter bruker for å gå en bestemt distanse. Det viste seg å være høy korrelasjon mellom disse forhold og komponentene i AIMS. Dette tyder på at AIMS fanger opp sentrale forhold ved denne pasientgruppens helsestatus og funksjonsnivå. I følge Bellamy (1993) er AIMS et av de best validerte helserelevante spørreskjemaene som finnes, spesielt med hensyn til muskel/skjelettlidelser. Det er spesielt godt egnet til voksne personer med diagnosen revmatoid artritt og osteoartritt.

#### **4.4.2 Reliabilitet og validitet ved SOC**

For å ivareta begrepsvaliditeten har Antonovsky benyttet Guttman's fasett design ved konstruksjon av spørreskjema. Dette for å unngå uforutsette misforståelser når respondentene skal besvare skjemaet. Ved dette designet spesifiserer forskeren fasetter av det som skal

måles og viktige element i hver fasett. En kartlegger alle mulige svaralternativ ved hvert element. Ved konstruksjon av spørsmål sikres at det kun er en ting som måles om gangen.

Reliabiliteten ved SOC er vurdert som høy, med et konstant høyt nivå av Cronbachs alpha. Antonovsky (1991) presenterer data fra 27 undersøkelser fra ulike land (Israel, USA, Norden, Italia, Romania, Nederland osv.). Disse undersøkelsene rapporterer Cronbachs alpha varierende fra 0,82 til 0,95. Undersøkelser i Norge varierer fra 0,84 til 0,91 (cf., Eide, 1991; Mossin, 1992; Tingvatn, 1993; Langeland, 1994). Det høye nivået av Cronbachs alpha tyder på høy grad av intern konsistens.

Williams (1990) har i en analyse sammenlignet Antonovskys "Sense of Coherence" med Kobasas "Personality Hardiness" for å finne ut hvilket instrument som best målte sammenhengen mellom stress og sykdom. Undersøkelsen ble gjennomført blant 162 sykepleiere. Undersøkelsen viste en signifikant negativ sammenheng mellom høy grad av SOC og sykdom. Hun fant at SOC er en bedre indikator på denne sammenhengen enn "Personality Hardiness." SOC var også mer konsistent og hadde bedre validitet enn Kobasas modell.

#### **4.4.3 Reliabiliteten ved SOC i denne studien**

Det er foretatt en reliabilitetsanalyse ved hjelp av Cronbachs alpha for instrumentet SOC i denne studien. Instrumentet i sin helhet viste en reliabilitetskoeffisient på 0,93. Delkomponentene fordelte seg som følger:

Begripelighet: 0,87

Håndterbarhet: 0,81

Meningsfullhet: 0,88

Sammenlignet med andre undersøkelser er det svært høy grad av reliabilitet. I følge Antonovsky (1991) var det kun 1 undersøkelse som hadde en høyere reliabilitetskoeffisient enn dette (0,95). Dette tyder på at respondentene ikke har svart i "hytt og vær" men har vært

konsistente i besvarelsen av spørsmålene. Vi kan derfor anta at respondentene har forstått spørsmålene og ikke har hatt vesentlige problemer med å besvare dem.

Som fremstillingen viser er reliabilitetskoeffisienten høyere for totalscoren på SOC enn for delkomponentene. I følge Mastekaasa (1988) øker reliabiliteten når en kombinerer flere indikatorer til sammensatte indekser. Bakgrunnen for dette er at ved økt antall "items" vil den tilfeldige feilvariansen bli utjevnet. Det er derfor naturlig at en finner en høyere reliabilitetskoeffisient på skjemaet som helhet enn for delkomponentene.



## **4.5 STATISTISKE METODER**

Dataene vil bli presentert og behandlet ved hjelp av ulike statistiske metoder. De statistiske analysene er gjennomført ved hjelp av SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Deskriptiv eller beskrivende statistikk blir brukt til å skaffe oversikt over datamaterialet. Frekvenstabeller og grafisk fremstilling gir oversikt over den tallmessige fordelingen av datamaterialet. Dette blir uttrykt ved hjelp av frekvenser, prosentandeler, gjennomsnitt og spredning.

For å måle samvariasjon mellom de ulike variablene er det benyttet Pearsons korrelasjonsanalyse og multippel regresjonsanalyse. Resultatene fra korrelasjonsanalysen vil bli uttrykt ved hjelp av korrelasjonskoeffisienter, som uttrykker styrken på samvariasjonen mellom to variabler. Korrelasjonskoeffisienten uttrykkes som  $r$  og varierer mellom perfekt positiv korrelasjon (+1) og perfekt negativ korrelasjon (-1). Perfekt positiv eller negativ korrelasjon er svært sjelden i samfunnsforskning. Korrelasjoner mellom variabler av sosial eller psykologisk natur ligger ofte mellom 0,10 - 0,40 (+ eller -) (Polit & Hungler, 1991). Dess høyere verdi, jo sterkere er den statistiske samvariasjonen mellom variablene.

Multippel regresjonsanalyse uttrykker forholdet og styrken mellom flere variabler. Den benyttes for å undersøke effekten av to eller flere uavhengige variabler på den avhengige variabelen. I studien vil standardiserte regresjonskoeffisienter bli rapportert.

Signifikansnivået uttrykker hvor pålitelig samvariasjonen er. Det er et uttrykk for i hvilken grad samvariasjonen er 'sann' eller 'tilfeldig'. Dersom en har et signifikansnivå på 0,05 antyder det at samvariasjonen i kun 5 av 100 tilfeller skyldes en tilfeldighet (Polit & Hungler 1991). I denne studien vil følgende tre signifikansnivå bli rapportert: (1)  $p < 0,10$ , (2)  $p < 0,05$  og (3)  $p < 0,01$ .

Alle korrelasjonsanalysene er tohalet ("two-tailed"). Ut fra statistiske analyser kan en antyde styrken, men en har ikke grunnlag for å fastslå retningen på sammenhengen. De statistiske sammenhengene kan gå begge veier.

#### **4.6 FORSKNINGSETISKE IMPLIKASJONER**

Helsingforsdeklarasjonen fra 1964 (revidert i 1975) er bakgrunnen for de forskningsetiske retningslinjer i studien.

I samsvar med Instituttets praksis ble det søkt om tillatelse til å gjennomføre prosjektet gjennom Regional komité for medisinsk forskning. Regional komité gav imidlertid tilbakemelding om at siden det i prosjektet ikke foregår forsøk på mennesker, faller dette prosjektet utenfor komiteens mandat (vedlegg 1).

Det er innhentet konsesjon til opprettelse av personregister fra datatilsynet 06.04.94. (vedlegg 2) under følgende vilkår: Betingelsene i rammekonsesjon for Universitetet i Bergen må bli fulgt. Førstegangskontakt opprettes gjennom Bergen Revmatikerforening. Personidentifiserbare opplysninger må ikke registreres ved hjelp av edb. Det elektroniske registeret kan inneholde et referansenummer som knytter seg til en manuell navneliste. Denne forutsettes oppbevart atskilt fra det elektroniske register og forsvarlig nedlåst i arkivskap. Det må innhentes aktivt informert samtykke for alle deler av undersøkelsen. Det forutsettes at samtykket fra respondenten er reelt. Samtykket skal også omfatte en eventuell lagring etter prosjektavslutning i personidentifiserbar form. Det må komme klart fram i informasjonen til respondentene at undersøkelsen er frivillig, og at vedkommende kan trekke seg fra undersøkelsen på et hvilket som helst tidspunkt. Det innsamlede materialet må slettes/anonymiseres ved prosjektavslutning, senest 31.5.95.

De ovenforstående betingelsene ble ivaretatt på følgende måte: Det ble hentet inn tillatelse til å gjennomføre prosjektet gjennom Bergen Revmatikerforening (vedlegg 3). Den første

forespørselen om deltakelse ble sendt fra foreningen (vedlegg 4). Deltakerne fikk informasjon om undersøkelsen og dens formål. Det ble innhentet skriftlig samtykke fra dem som ønsket å delta i undersøkelsen. Det ble også understreket at deltagelse var frivillig, og at en på et hvilket som helst tidspunkt kunne trekke sitt samtykke tilbake (vedlegg 4). Anonymiteten er sikret ved at kodenummer er påført fortløpende etter at spørreskjemaene kom i retur. En har derfor ingen mulighet til å kontrollere hvem som har svart og hvem som ikke har svart. Adresselister og returnerte skjema ble oppbevart atskilt. Etter at undersøkelsen var avsluttet ble adresselistene makulert.

## **KAPITTEL 5: RESULTATER**

### ***5.1 INNLEDNING***

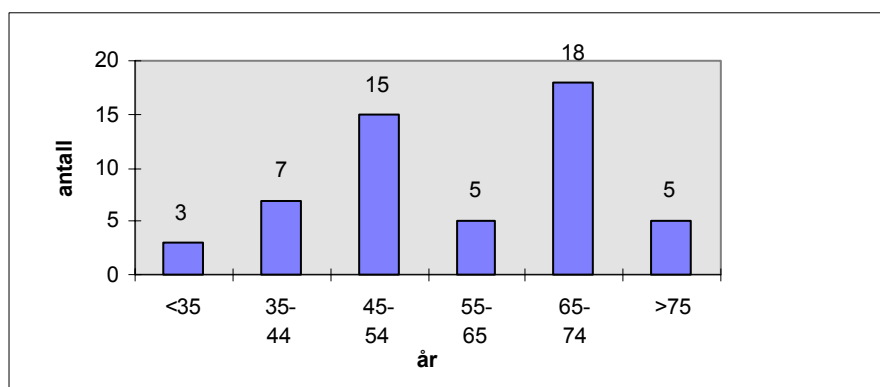
I dette kapitlet presenteres resultatene fra den empiriske undersøkelsen. Først vil utvalget bli presentert i forhold til demografiske variabler. Resultatene i forbindelse med tilfredsstillelse av egne prioriteringer vil så bli presentert. Deretter vil vi presentere fordelingen i forhold til de to standardiserte spørreskjemaene AIMS og SOC. Hoveddelen av kapitlet omhandler empirisk testing av hypotesene. Hypotesene vil bli testet i samme rekkefølge som de er presentert i kapittel 3 om modell og hypoteser.

### ***5.2 BESKRIVELSE AV UTVALGET***

52 personer deltok i undersøkelsen, 44 kvinner og 8 menn. Kvinnene utgjør 84,6% av utvalget og mennene 15,4%. I en befolkning regner en at forholdet mellom kvinner og menn som rammes av RA er 3 til 1 (75-25%). Da dette er et bekvemmelighetsutvalg med overvekt av kvinner, vil en i presentasjonen ikke vektlegge kjønnsforskjeller. Alle 52 respondentene bekrefter at de har fått diagnosen revmatoid artritt (leddgikt) av lege.

#### **5.2.1 Alderssammensetning**

Alderssammensetningen i utvalget strekker seg fra 24 til 81 år. Fordelingen er som følger:



Figur 5-1: Antall respondenter i de ulike aldersgruppene

Som det går frem av figuren fordeler aldersgruppene seg slik at det er få deltakere under 35 år og over 75 år. Gjennomsnittsalderen på deltakerne er 57,7 år. Som diagrammet viser er det flest deltagere (38 personer) i gruppen fra 45 til 74 år.

## 5.2.2 Utdanning

Alle respondentene hadde fullført grunnskolen. 18 personer (34,6%) har ikke formell utdanning utover grunnskolenivå (folkeskole/grunnskole). 21 personer (40,4%) sluttet utdanningen etter videregående skole. Dette inkluderer yrkesskole, gymnas, fagskoler osv. 13 personer (25%) hadde utdanning på høyskole/universitetsnivå.

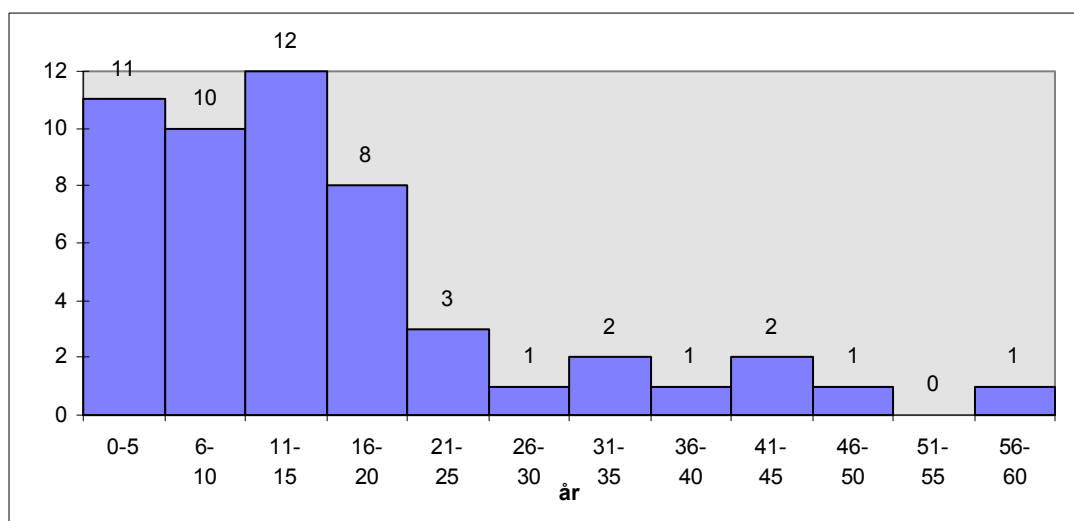
Tabell 5-1: Utdanning blant respondentene, antall og prosent

Utdanningsnivå	N	%
Sluttet etter grunnskolen	18	34,6
Videregående	21	40,4
Høgskole/ universitet	13	25,0
SUM	52	100,0

Dersom en sammenligner utdanningsnivået med den norske befolkning over 16 år, finner en at utvalget har et noe høyere utdanningsnivå. I følge Statistisk Årbok 1994 (utdanningsstatistikken, 1992) finner en følgende fordeling: Grunnskole 40,1%, videregående skole 42,8% og høgskole/universitet 17,1%.

### 5.2.3 Sykdomsvarighet

Gjennomsnittslengde på sykdomsvarigheten er 15,7 år med et standardavvik på 12,9. Den som har hatt sykdommen lengst har hatt den i 59 år, og de som har hatt den kortest har hatt den i 2 år. På grunn av at noen få av respondentene har hatt sykdommen svært lenge, får vi en relativt høy gjennomsnittsverdi på sykdomsvarighet. Fremstillingen nedenfor deler respondentgruppen inn i femårsbolker for sykdomsvarighet og gir følgende fordeling:

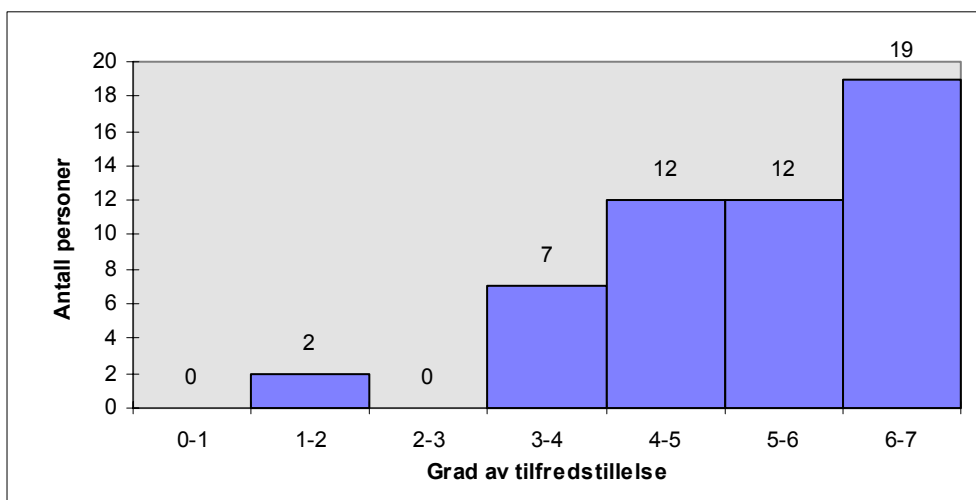


Figur 5-2: Antall personer fordelt på sykdomsvarighet oppgitt i 5-års bolker

Som det fremkommer av figuren har de fleste hatt sykdommen 20 år eller kortere.

### 5.2.4 Tilfredsstillelse av egne prioriteringer

Respondentene ble i spørreskjemaet bedt om å nevne tre områder i livet som betyr mye for dem. Hensikten med dette spørsmålet var å registrere områder som personen selv prioriterer høyt. I neste omgang skulle respondentene gradere på en skala fra 1-7 i hvilken grad vedkommende opplevde å få tilfredsstilt hvert av disse områdene. 1 representerer ingen tilfredsstillelse og 7 representerer stor grad av tilfredsstillelse. Da respondentene ikke ble bedt om å sette opp de 3 viktigste områdene i prioritert rekkefølge, kan en ikke ta det for gitt at området ført opp under A er viktigere for den enkelte enn B og C. Områder som gikk igjen hos svært mange var sosialt samvær, lesing, hobbyer, osv. Disse områdene var ikke nevnt i samme rekkefølge hos alle. Det var derimot godt samsvar mellom grad av tilfredshet hos den enkelte på tvers av de tre områdene. Det er derfor blitt utregnet en gjennomsnittsverdi for grad av tilfredsstillelse av egne prioriteringer.



Figur 5-3: Grad av tilfredsstillelse av egne prioriteringer

Som figuren viser er det stor grad av tilfredsstillelse av respondentenes egne prioriteringer. Kun to personer (3,8%) oppgir at de ikke i det hele tatt får tilfredsstilt områder i livet de selv prioriterer høyt. 7 personer (13,5%) svarer mellom 3 og 4, som er "midt på treet". De resterende 43 personene (82,7%) ligger mellom 4 og 7 på skalaen som representerer over

middels grad av tilfredsstillelse. Det er interessant at hele 19 personer (36,5 oppgir at de i stor grad får tilfredsstillende egne prioriteringer.

Ved nærmere analyse av svarene viste det seg at de områdene som respondentene oppgav som viktige, korresponderer med områder som er benyttet i livskvalitetsskjemaet "Quality of Life Scale" (QOLS) (Flanagan, 1978 ; 1982). QOLS har derfor vært et nyttig hjelpemiddel i klassifiseringen av disse områdene. Flanagan har utviklet dette livskvalitetsmålet induktivt. På bakgrunn av arbeidet utviklet Flanagan 15 domener som utgjør "Quality of Life Scale" (QOLS). Disse 15 domene kan plasseres i 5 brede dimensjoner som utgjør: (1) fysisk og materiell velvære, (2) relasjoner med andre mennesker, (3) deltakelse i frivillig arbeid, (4) personlig utvikling og (5) rekreasjon. QOLS er benyttet i livskvalitetsstudier av personer med RA hos f.eks. Burckhardt (1989; 1993).

50 av respondentene i denne studien oppgav tre områder, mens 2 respondenter kun oppgav to områder hver. Svarene utgjør til sammen 154 viktige områder for de 52 respondentene. Disse områdene har jeg klassifisert under 9 dimensjoner. 7 av disse dimensjonene er i tråd med Flanagans 15 domener. I tillegg var det flere som oppgav kristen tro og religion som svært viktig. Jeg har derfor ført på religion som en dimensjon. I tillegg var det ett svar som ikke passet inn under noen av dimensjonene. Dette er oppført under annet. Dimensjonen sosiale relasjoner innbefatter både venner og familie. Noen har ikke spesifisert om relasjonene gjelder venner eller familie, mens noen av respondentene har ført opp samvær med familie på A og relasjoner til venner på B. 48 av respondentene hadde sosiale relasjoner som ett eller flere av de tre områdene. Tabellen nedenfor viser fordelingen.

*Tabell 5-2: Klassifisering av prioriterte områder*

DIMENSJONER	antall	%
Sosiale relasjoner (familie, venner osv.)	55	36
Passiv rekreasjon (lesing, kryssord, musikk)	37	24
Aktiv rekreasjon (trening, turgåing, reiser)	25	16
Skapende aktivitet (forming/håndarbeid, spille instrument osv.)	10	6
Arbeid (yrkesliv, hjemmet)	9	6



Religion	8	5
Organisasjonsarbeid (frivillig arbeid)	5	3
Helse og sykdomsrelaterte områder	3	2
Annet	1	1
SUM	154	

---

Når en tar i betraktning at denne undersøkelsen er foretatt blant mennesker med en kronisk lidelse, er det kanskje uventet at kun 3 personer oppgir helserelaterte områder blant de tre prioriterte områdene. Med helse og sykdomsrelaterte områder menes f.eks. bedre kjennskap til alternative behandlingsmetoder, at en klarer å fungere best mulig med sin sykdom osv. I følge Burckhardt (1989) er det foretatt svært få undersøkelser der en ber personer med kroniske lidelser om å definere viktige områder (eller domener) som er sentrale for deres livskvalitet. To undersøkelser viste at personer som var kronisk funksjonshemmet med ryggmargskader ikke fokuserte mer på sin funksjonshemming eller svarte vesentlig annerledes på dette spørsmålet (Bostick, 1977; Crewe, 1980). Det er grunn til å tro at resultatene i denne undersøkelsen heller ikke skiller seg vesentlig fra svar en ville fått fra personer ellers i befolkningen.

## 5.2.5 SOC

Ved måling av SOC er den lavest mulige poengsum 29 og den høyest mulige 203. Måling av SOC viste et gjennomsnitt på 150,6 på hele utvalget. Variasjonsbredden var fra 85 til 192, med et standardavvik på 25,2. Diagrammet nedenfor viser en tilnærmet lik normalfordeling av scoringer på SOC, med noe overvekt på de høyeste scoringene.

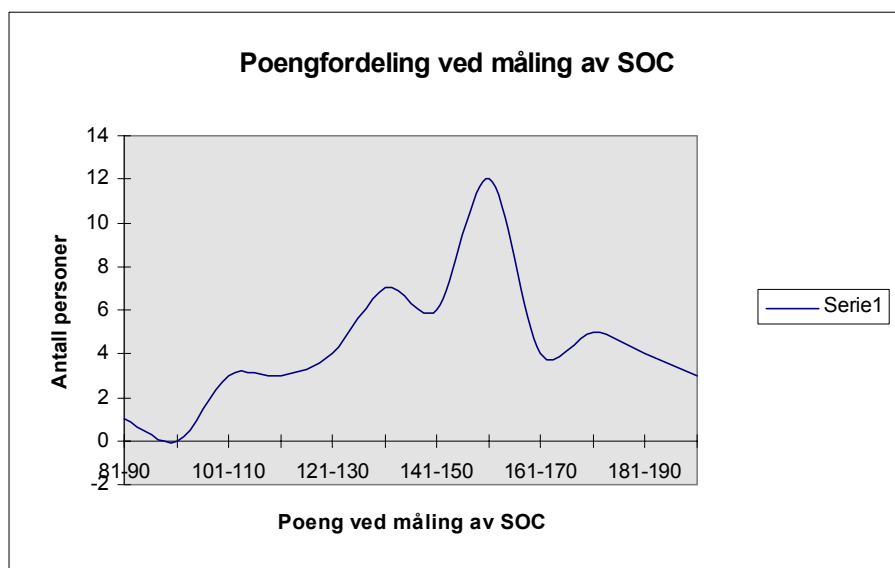


Fig 5-4: SOC-fordeling

Antonovsky understreker at SOC må betraktes som et hele, og at den enkelte komponent ikke er en selvstendig enhet. Det kan likevel være interessant å undersøke om det er ulik vektning av delkomponentene.

Ved måling av begripelighet er det mulig å oppnå 77 poeng, det lavest mulige er 11 poeng. Måling av begripelighet viste et gjennomsnitt på 51,20 poeng. Variasjonsbredden var fra 23 til 74 poeng med et standardavvik på 12,14.

Ved måling av håndterbarhet er det mulig å oppnå 70 poeng med 10 som lavest mulige poengsum. Måling av håndterbarhet viste et gjennomsnitt på 54,96. Variasjonsbredden var fra 32 til 69 med et standardavvik på 8,5.

Ved måling av meningsfullhet er det mulig å oppnå 56 poeng med 8 som lavest mulig. Målingen viste et gjennomsnitt på 44,43. Variasjonsbredden var fra 8 til 56 med et standardavvik på 8,8.

Dersom en vil sammenligne delkomponentene i SOC, må en omgjøre poengene til sammenlignbare størrelser. Dette gjør en ved å dele gjennomsnittsscoren på antall spørsmål i de ulike komponentene.

*Tabell 5-3: Delkomponenter av SOC*

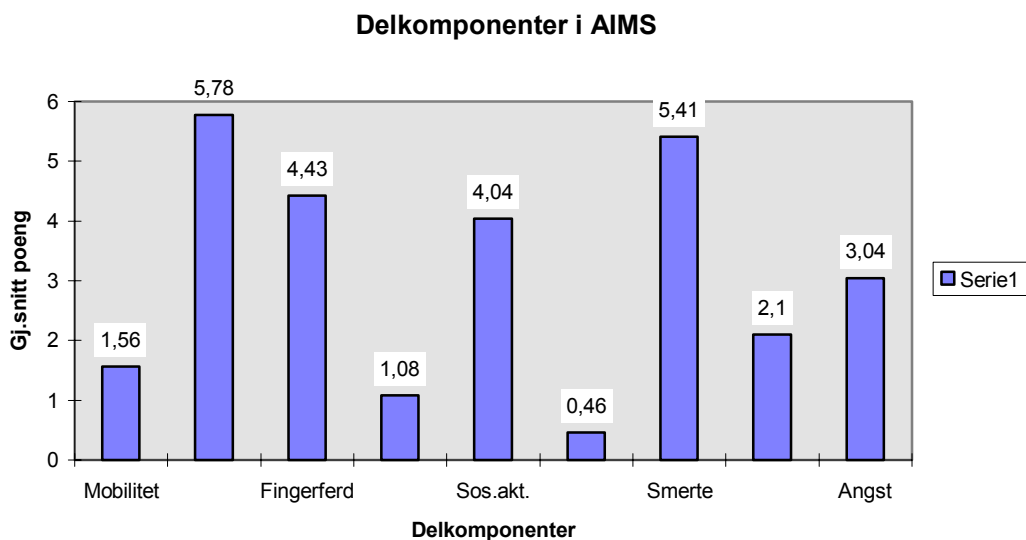
Delkomponenter	Min. oppnå	Max. oppnå	Gj. snitt	St. avvik	Varia-sjon	Gj. sn/ ant.
Begripelighet	11	77	51,20	12,14	23-74	4,65
Håndterbarhet	10	70	54,96	8,5	32-69	5,49
Meningsfullhet	8	56	44,43	8,8	8-56	5,55
Sum	29	203				

Ved å regne om delkomponentene til sammenlignbare størrelser er meningsfullhet den delkomponenten som deltakerne scorer høyest på. Deretter håndterbarhet og til sist begripelighet. Det er likevel bare 0,9 poeng som skiller den høyeste fra den laveste komponenten.

## 5.2.6 AIMS

AIMS består av 9 delkomponenter: (1) mobilitet, (2) fysisk aktivitet, (3) fingerferdighet, (4) husholdningsaktiviteter, (5) sosial aktivitet, (6) dagliglivets aktiviteter (ADL), (7) smerte, (8) depresjon og (9) angst. Hver av disse komponentene er satt sammen av flere spørsmål, men antall spørsmål varierer for de ulike komponentene. For å kunne sammenligne delkomponentene blir hver komponent via en beregningsformel omgjort til en skala fra 0 til 10. En lav score på denne skalaen indikerer et høyt funksjonsnivå, mens en høy score indikerer et lavt funksjonsnivå.

Ved måling av total AIMS, ble også denne skalaen omregnet slik at totalscore går fra 0-10, der 0 poeng indikerer ingen funksjonshemninger, mens 10 poeng indikerer et svært dårlig funksjonsnivå. I dette materialet var gjennomsnittet på 2,79 (standardavvik 1,05) og spredningen var fra 1,09 for den best fungerende til 5,04 for den som fungerte dårligst.



*Figur 5-5: Gjennomsnittsscore på delkomponentene i AIMS*

### 5.2.7 Egenvurdert helse

I tillegg til de 45 spørsmålene som utgjør AIMS, ble respondentene bedt om å beskrive hvordan de har det når de tar i betraktning alle de måtene leddgikten virker inn på dem. Dette gjør de ved å plassere seg på en skala fra 1 til 5, der 1 representerer svært bra og 5 representerer svært dårlig. Tabellen viser følgende fordeling:

*Tabell 5-4: Egenvurdert helse*

EGENVURDERT HELSE	N	%
Svært bra	3	5,8
Bra	17	32,7
Ganske bra	21	40,4
Dårlig	11	21,2
Svært dårlig	0	0
Sum	52	100

Ingen svarer at de har det svært dårlig. 3 personer svarer at de har det svært bra. 38 av 52 personer svarer at de har det bra eller ganske bra. Av 52 personer med RA er det bare 11 personer som oppgir at de har det dårlig.

## **5.3 HYPOTESETESTING**

Hypotesene vil bli testet i samme rekkefølge som de er fremsatt i kapittel 3.

### **5.3.1 Hypotese H 1**

H 1 omhandler samvariasjonen mellom SOC og AIMS, som er hovedvariablene i studien. H 1:1 til H 1:9 er underhypoteser av H 1. Underhypotesene gir anledning til å undersøke om SOC viser ulik samvariasjon med delkomponentene i AIMS. Korrelasjonsmatrisen som presenterer samvariasjonene mellom de ulike variablene under H 1 er gjengitt i tabell 5-5.

Matrisen inneholder også samleindeksene fysisk funksjon og psykisk funksjon. Fysisk funksjon inneholder variablene: mobilitet, fysisk aktivitet, fingerferdighet, husholdningsaktivitet og ADL. Psykisk funksjon inneholder variablene depresjon og angst. Dette gir oss en mulighet til å sammenligne samvariasjon mellom SOC og total fysisk eller psykisk funksjon.

I tillegg til sammenhengene som er uttrykt i H 1 har en i denne matrisen også splittet opp SOC i dets tre delkomponenter: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet uttrykt som CSOC, MASOC og MESOC. Denne oppsplittingen er gjort på tross av at spørreskjemaet SOC er konstruert som et hele, og at faktoranalyser har vist at de teknisk ikke kan skilles helt. Spørsmål fra en delkomponent kan inneholde element fra de andre delkomponentene. Grunnen til at dette likevel er gjort er at Antonovsky har splittet opp spørreskjemaet slik at det er mulig å atskille de tre delkomponentene, og påpeker at både teoretisk og empirisk er det mulig for en person å "score" ulikt på de ulike komponentene. I denne studien vil det være av interesse å undersøke om noen av delkomponentene viser en sterkere samvariasjon med funksjonsnivå enn de andre. På grunn av det som er forklart med hensyn til konstruksjonen av SOC, vil ikke resultatene mht. delkomponentene bli tillagt stor betydning.

I tabellen benyttes følgende forkortelser:

CSOC	= Den kognitive komponenten i SOC (Comprehensibility)
MASOC	= Handlingskomponenten i SOC (Manageability)
MESOC	= Meningskomponenten i SOC (Meaningfulness)
ADL	= Dagliglivets aktiviteter (Activity of Daily Living)

Tabell 5-5: Korrelasjonsmatrise: Hypotese H 1

	SOC	CSOC	MASOC	MESOC
AIMS	-0,46***	-0,42***	-0,46***	-0,29**
Fysisk funksjon	-0,34**	-0,34**	-0,37***	-0,14
Psykisk status	-0,63***	-0,51***	-0,58***	-0,53***
Mobilitet	0,06	0,05	-0,00	0,11
Fysisk aktivitet	-0,23*	-0,29**	-0,22	-0,05
Fingerferdighet	-0,39***	-0,33**	-0,43***	-0,24*
Husholdn. aktivitet	-0,15	-0,13	-0,18	-0,07
Sosial aktivitet	-0,35***	-0,38***	-0,32**	-0,18
ADL	0,09	0,20	0,00	-0,03
Smerte	-0,17	-0,21	-0,08	-0,13
Depresjon	-0,63***	-0,49***	-0,57***	-0,58***
Angst	-0,58***	-0,49***	-0,54***	-0,45***

N=52

\*  $p < 0,10$

\*\*  $p < 0,05$

\*\*\*  $p < 0,01$

Korrelasjonsanalysen viser en signifikant negativ sammenheng mellom SOC og AIMS ( $r = -0,46***$ ). En korrelasjon på  $-0,46$  antyder en meget sterk negativ sammenheng. Som tidligere nevnt er AIMS en omvendt kumulativ skala. Dess høyere score på AIMS dess dårligere helsestatus eller funksjonsnivå. Resultatene bekrefter H 1. Det uttrykker at dess høyere SOC en person har, dess bedre helsestatus eller funksjonsnivå uttrykt gjennom AIMS. Dersom en

skal gå inn på delkomponentene i SOC ser en at håndterbarhet (MASOC) slår sterkest ut, mens meningskomponenten slår svakest ut.

H 1:1 omhandler sammenhengen mellom SOC og mobilitet, som omfatter alt fra evnen til å benytte kollektive transportmidler til å måtte holde sengen eller sitte i en stol mesteparten av dagen. Denne sammenhengen er ikke signifikant. Dette kan skyldes at en slik sammenheng ikke eksisterer. Imidlertid kan den manglende sammenhengen også skyldes for liten variasjon på dette området. Ved å se nærmere på mobilitet viste det seg at 63,5% av respondentene ikke har noen begrensninger på dette området, 82,7% scorer lavere enn 2,50 og gjennomsnittsscoren er 1,56 av 10 poeng.

H 1:2 postulerer at dess høyere SOC en person har, dess bedre vil vedkommende fungere med hensyn til fysisk aktivitet. Denne aktiviteten spenner fra sportslig trening til evnen å gå uten hjelpemidler. H 1:2 er signifikant negativt korrelert. På området fysisk aktivitet viser populasjonen god spredning/variasjon. Det er ingen som ikke har begrensninger i funksjonsevne. 21,2% scorer 2,0 poeng og 9,6% scorer 10 poeng. Gjennomsnittscoren er 5,78 av 10 poeng. Denne komponenten i AIMS har høyest gjennomsnittsscore og rammer dermed flest når det gjelder begrensninger i funksjonsevne.

H 1:3 omhandler sammenhengen mellom SOC og fingerferdighet. Fingerferdighet spenner fra evnen til å skrive med penn/blyant til å åpne et nytt syltetøyglass. Fingerferdighet er den fysiske delkomponenten i AIMS som er sterkest korrelert med SOC ( $r = -0,39^{***}$ ). Dvs. dess høyere SOC, dess bedre fungerer personen med hensyn til fingerferdighet. Populasjonen viser en tilfredsstillende spredning/variasjon på dette området. 5 personer (9,6%) har ingen begrensning, 18 personer (34,6%) rapporterer en begrensning på 2,0 poeng og 7 personer (13,5%) viser en begrensning på 10 poeng. Gjennomsnittscoren er 4,4. Dersom en ser på delkomponentene i SOC skiller MASOC seg ut som mye sterkere enn de andre komponentene med en  $r$  på  $-0,43^{***}$ . Pga. de begrensninger som tidligere er nevnt kan dette ikke tillegges for stor betydning. Det er likevel en interessant observasjon som vil bli behandlet nærmere i diskusjonskapittelet.



H 1:4 omhandler sammenhengen mellom SOC og evnen til å utføre husholdningsaktiviteter, som spenner fra det å utføre alt husarbeid uten hjelp til å kunne bruke telefonen. Den viser en svak negativ, men ikke signifikant sammenheng. Forklaringen på dette er sannsynligvis den samme som for H 1:1; liten variasjon. På dette området hadde 21,2% ingen begrensninger 78,8% scoret under 1,55 poeng og gjennomsnittsscoren var på 1,08 av 10 poeng.

H 1:5 omhandler sammenhengen mellom SOC og sosial aktivitet. Denne sammenhengen er signifikant negativt korrelert ( $r = -35^{***}$ ). Også når det gjelder sosial aktivitet har en god spredning i populasjonen. Frekvensanalyser viste en jevn fordeling fra 1 person med 0,5 poeng til 1 person med 9 poeng. Gjennomsnittet var på 4,0 poeng med et standardavvik på 2,0.

H 1:6 omhandler sammenhengen mellom SOC og ADL. ADL kartlegger i hvilken grad vedkommende må ha hjelp til dagliglivets aktiviteter, som spenner fra det å gå på toalettet til vasking/dusjing. Når det gjelder ADL, har 75% ingen begrensninger i funksjon og 90,4% scorer lavere enn 1,25. Gjennomsnittscoren for ADL er 0,46 av 10 poeng. Det skal svært store fysiske funksjonshemninger til for at en person ikke klarer å utføre dagliglivets aktiviteter som toalettbesøk, av- og påkledning osv. Det kan være en forklaring på at ADL er det området innen AIMS som færrest av respondentene har problemer med. På bakgrunn av de øvrige funnene, når det gjelder fysisk funksjon, er det grunn til å anta at dersom en hadde hatt større spredning blant respondentene, dvs. flere med alvorligere fysiske funksjonshemninger, ville utslaget på denne sammenhengen vært kraftigere. Det ser ut som en har et hierarki eller en trapp når det gjelder fysisk funksjon. De delkomponentene som slår svakest ut i korrelasjonen med SOC er de som viser liten eller ingen spredning.

Husholdningsaktiviteter

ADL

Mobilitet

*Figur 5-6: Funksjonshierarki*

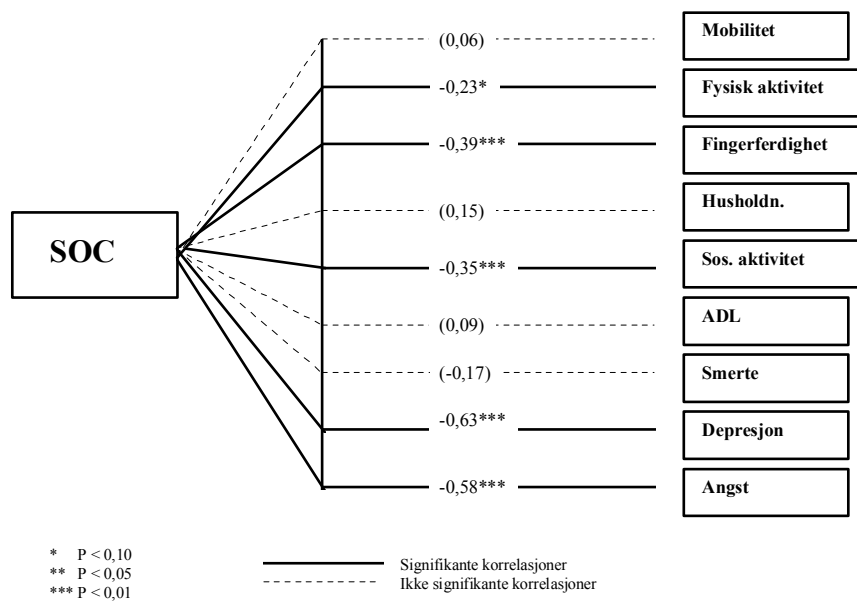
Dette stemmer med ADL trappen som Nautvik (1994) refererer til. En person som befinner seg på et trinn i trappen klarer å utføre trinnene nedenfor, men ikke trinnene over.

H 1:7 postulerer at jo høyere grad av SOC dess lavere grad av rapportert smerte. Denne sammenhengen er svakt negativt korrelert, men samvariasjonen er ikke signifikant. Det er tilfredsstillende variasjon i populasjonen på dette området. 1 person rapporterer ingen smerte og 4 personer oppnår 8 av 10 poeng på smerteskalaen. Gjennomsnittsfordelingen er 5,4 og standardavviket er på 2,0. Forklaringen på manglende sammenheng med SOC ligger ikke i manglende variasjon i populasjonen slik det kan være for H 1:1, H 1:4 og H 1:6.

H 1:8 analyserer sammenhengen mellom SOC og depresjon. Denne sammenhengen er svært sterk og viser en negativ korrelasjon på  $-0,63^{***}$ . Dette er den sterkeste sammenhengen mellom SOC og alle delkomponentene i AIMS. Det viser at dess sterkere SOC en person har dess lavere grad av depresjon. Det er tilfredsstillende variasjon i populasjonen også på dette området, fra 7 personer som ikke rapporterer depresjon i det hele tatt, til 1 person som scorer 5,3 av 10 poeng. Gjennomsnittet er 2,1 og standardavviket er 1,6. Delkomponentene i SOC viser at MASOC og MESOC slår sterkest ut. Depresjon er den eneste av delkomponentene i AIMS der MESOC slår sterkest ut.

H 1:9 omhandler sammenhengen mellom SOC og angst. Denne sammenhengen er sterkt negativt korrelert ( $-0,58^{***}$ ). Det betyr at dess sterkere SOC en person har dess lavere grad av angst. Når det gjelder angst, har vi også tilfredsstillende variasjon. 1 person rapporterer ingen angst og 1 person scorer 6,2 på angstskaalen. Gjennomsnittet er 3,0 med et standardavvik på 1,8. Av delkomponentene i SOC skiller MASOC seg sterkest ut.

Figur 5-7 viser hvordan SOC korrelerer med de ulike delkomponentene i AIMS. De heltrukne linjene viser til signifikante korrelasjoner, mens de stiplede linjene viser sammenhenger som ikke er signifikante. SOC er sterkest korrelert med de psykiske komponentene i AIMS; depresjon og angst. SOC er også signifikant korrelert med sosial aktivitet. Av de fysiske komponentene i AIMS er SOC sterkest korrelert med fingerferdighet, men SOC er også signifikant korrelert med fysisk funksjon.



Figur 5-7: Sammenfatning av H 1:1 - H 1:9

### 5.3.2 Hypotese H 2

H 2 tar for seg sammenhengen mellom SOC og hvordan vedkommende selv vurderer sin helhetlige situasjon. Her finner vi sterk positiv korrelasjon ( $r = 0,50^{***}$ ). Resultatet bekrefter hypotesen om at jo høyere SOC en person har, dess bedre vurderer vedkommende sin helhetlige situasjon. Delkomponentene av SOC viser følgende samvariasjoner: CSOC;  $r = 0,36^{***}$ , MASOC;  $r = 0,48^{***}$  og MESOC;  $r = 0,46^{***}$ . MASOC og MESOC slår altså klart sterkest ut.

### 5.3.3 Hypotese H 3

H 3 omhandler sammenhengen mellom SOC og i hvilken grad vedkommende føler at han får tilfredsstilt områder i livet som har høy prioritet. Denne sammenhengen viser også en meget sterk signifikant korrelasjon ( $r = 0,56^{***}$ ). Delkomponentene i SOC viser følgende samvariasjoner: CSOC;  $r = 0,46^{***}$ , MASOC;  $r = 0,58^{***}$  og MESOC;  $r = 0,40^{***}$ . MASOC slår klart sterkest ut.

#### **5.3.4 Hypotese H 4**

H 4 postulerer en negativ sammenheng mellom sykdomsvarighet og helsestatus målt ved hjelp av AIMS. Dvs. dess lenger vedkommende har hatt RA , dess dårligere fungerer vedkommende. Korrelasjonsanalysen viser at  $r = 0,14$ . Her finner vi en svak positiv, men ikke signifikant sammenheng. Ut fra dette materialet har en derfor ikke grunnlag for å si at en fungerer dårligere dess lenger en har hatt sykdommen.

### **5.3.5 Hypotese H 5**

H 5 tar for seg sammenhengen mellom sykdomsvarighet og vedkommendes egenvurderte helse. Dvs. dess lenger personen har hatt RA dess dårligere vil vedkommende vurdere sin helsetilstand. Korrelasjonsanalysen viser at  $r = 0,19$ . Sammenhengen er ikke signifikant, selv om den går i riktig retning. Ut fra dette materialet har en derfor ikke grunnlag for å si at sykdomsvarighet påvirker hvordan vedkommende vurderer sin egen helse.

### **5.3.6 Hypotese H 6**

H 6 postulerer en negativ sammenheng mellom sykdomsvarighet og i hvilken grad personen får tilfredsstilt områder i livet som vedkommende selv tillegger høy prioritet. Korrelasjonsanalysen viser ingen signifikant sammenheng mellom sykdomsvarighet og grad av tilfredsstillelse av egne prioriteringer;  $r = 0,11$ .

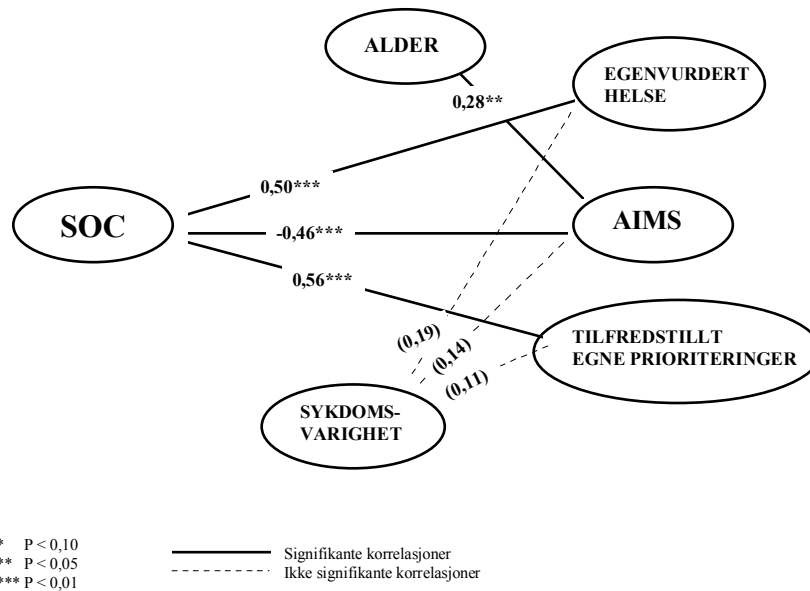
### **5.3.7 Hypotese H 7**

H 7 omhandler sammenhengen mellom alder og helsestatus målt ved hjelp av AIMS. Dvs. dess eldre personen er, dess dårligere helsestatus har vedkommende. Resultatene viser en signifikant positiv samvariasjon mellom alder og AIMS ( $r = 0,28^{**}$ ).

### **5.3.8 Oppsummering av korrelasjonsanalysene**

Resultatene fra korrelasjonsanalysene kan oppsummeres i analysemodellen. Som nevnt tidligere er SOC og AIMS hovedvariablene i denne undersøkelsen. Alder og sykdomsvarighet er tenkt som kontrollvariabler. Variablene egenvurdert helse og tilfredsstillelse av egne prioriteringer er tatt med som helsemål for å undersøke om de peker i samme

retning som AIMS og dermed er med på å bekrefte plasseringen på helsekontinuumet. Korrelasjonsanalysene viste følgende sammenhenger:



Figur 5-8: Sammenfatning av korrelasjonsanalysene

### 5.3.9 Regresjonsanalyse

Det er også benyttet regresjonsanalyse for å teste hvilken effekt flere uavhengige variabler har på den avhengige variabelen. Modellens holdbarhet blir uttrykt ved F verdi.  $R^2$  er et uttrykk for forklart varians.

Tabell 5-6: Regresjonsanalyse  
(verdiene er standardiserte koeffisienter)

Uavhengige variabler	Avhengige variabler		
	AIMS	Egenvurdert helse	Tilfredsstilt egne prioriteringer
SOC	-0,44***	0,48***	0,60***
Sykdomsvarighet	-0,03	0,10	0,23*
Alder	0,23*		
F - Verdi	5,70***	8,45***	13,72***
R <sup>2</sup>	0,22	0,23	0,33

N=52

\*  $p < 0,10$

\*\*  $p < 0,05$

\*\*\*  $p < 0,01$

Som nevnt i kapittel 3 er alder og sykdomsvarighet tatt med som kontrollvariabler, for å kontrollere om de viser sterkere samvariasjon med helsestatus og funksjonsnivå enn SOC. Regresjonsanalysene viser samme mønster som korrelasjonsanalysene. Det er en signifikant negativ sammenheng mellom den uavhengige variabelen SOC og den avhengige variabelen AIMS. Denne sammenhengen er klart sterkere enn tilfellet er for de to andre uavhengige variablene sykdomsvarighet og alder. Resultatene fra regresjonsanalysen viser også en signifikant sammenheng mellom alder og AIMS. Sammenhengen mellom sykdomsvarighet og AIMS er ikke signifikant.

Variablene egenvurdert helse og tilfredsstillelse av egne prioriteringer ble tatt med som helseindikatorer i tillegg til AIMS. Regresjonsanalysen styrker disse antakelsene og viser en signifikant sammenheng mellom SOC og egenvurdert helse, mens samvariasjonen mellom sykdomsvarighet og egenvurdert helse ikke er signifikant. Sammenhengen mellom SOC og tilfredsstillelse av egne prioriteringer er svært sterk. Sykdomsvarighet og grad av

tilfredsstillelse av egne prioriteringer viser også en signifikant sammenheng, men den er mye svakere enn sammenhengen med SOC.

De multiple regresjonsanalysene viser at SOC har den sterkeste effekten på helseindikatorene i denne undersøkelsen, også når en kontrollerer for sykdomsvarighet og alder. Modellens holdbarhet er signifikant i alle tre tilfellene og må derfor regnes som tilfredsstillende.

Variablene SOC, sykdomsvarighet og alder forklarer tilsammen 22% av variasjonen i helsestatus målt ved hjelp av AIMS i denne studien. SOC og sykdomsvarighet forklarer 23% av variasjonen når det gjelder egenvurdert helse. I forhold til tilfredsstillelse av egne prioriteringer forklarer SOC og sykdomsvarighet 33% av variasjonen.



## **KAPITTEL 6: DISKUSJON**

### ***6.1 INNLEDNING***

I dette kapitlet vil de empiriske funn bli nærmere diskutert. Først oppsummeres resultatene fra hypotesetestingen. Deretter diskuteres teoretiske implikasjoner med hensyn til salutogenisk teori versus biomedisinsk teori og resultatenes generaliserbarhet. Videre behandles metodiske og praktiske implikasjoner. Deretter går jeg inn på studiens bidrag før kapitlet avsluttes med forslag til videre forskning.

### ***6.2 SAMMENFATTENDE DISKUSJON AV HYPOTSETESTINGEN***

Resultatene fra hypotesetestingen viser en signifikant negativ sammenheng mellom mestringsressurser målt ved hjelp av SOC og helsestatus målt ved hjelp av AIMS. Det vil si at dess sterkere SOC, dess mindre grad av nedsatt helsestatus og funksjonsevne. Det er også en signifikant negativ sammenheng mellom SOC og delkomponentene i AIMS både av fysisk, psykisk og sosial art.

SOC korrelerer sterkest med depresjon og angst, som er de psykiske delkomponentene i AIMS. Depresjon korrelerte sterkest med meningskomponenten og

handlingskomponenten i SOC. I følge Ursin (1993) kjennetegnes tristhet eller depresjon ved at individet er nedfor, uten håp og mening. Meningskomponenten i SOC refererer til i hvilken grad en føler at livet har betydning følelsesmessig, og at i alle fall noen av problemene er verd å investere energi, overgivelse og engasjement i. Depresjon er i sin natur så sterkt knyttet til det sentrale i meningskomponenten i SOC, at det er naturlig at disse korrelerer sterkt. I følge Antonovsky er meningskomponenten det mest sentrale i SOC. Dersom en person scorer lavt på meningskomponenten er dette den sterkeste predikatoren på at de andre komponentene også vil presses nedover. I følge Seligmen (1975) er det nær sammenheng mellom depresjon og hjelpeløshet. Det kan være en forklaring på at også handlingskomponenten i SOC er sterkt korrelert med depresjon.

Angst korrelerte sterkest med handlingskomponenten i SOC. Handlingskomponenten i SOC kjennetegnes ved at en opplever at en disponerer adekvate ressurser til å møte de krav og utfordringer en blir stilt overfor. I følge Ursin (1993) observerer vi frykt og angst i situasjoner som inneholder stor grad av usikkerhet. Dersom en ikke opplever at en disponerer adekvate ressurser, er det naturlig at en føler usikkerhet. Handlingsmønsteret som kjennetegner angst er flukt. Antonovsky skisserer ulike måter å møte stressorer på. En måte er å unngå dem. Dette er et typisk eksempel på passiv mestring. I følge Brown & Nicasso (1987) er passiv mestring korrelert med høy grad av depresjon, mer smerte, oppblussing av sykdomsaktiviteten, større funksjonshemming og lav grad av selvhjelpenhet.

Et menneskets "følelse av sammenheng" er en generell mestringsberedskap som mennesket har bygget opp i løpet av livet. Det ser ut som denne beredskapen kan virke som en "buffer" mot angst og depresjon. Det vil si at mennesker med en sterk SOC opplever liten grad av depresjon og angst.

Ett av de mest interessante funnene i denne studien er at SOC viser en sterk signifikant korrelasjon med de fysiske dimensjonene fingerferdighet og fysisk aktivitet. Dvs. dess sterkere SOC, dess bedre funksjon med hensyn til fingerferdighet og fysisk aktivitet. Fingerferdighet innebærer alt fra det å åpne et nytt syltetøyglass til å klare å skrive med

penn eller blyant. Fysisk aktivitet innebærer alt fra å delta i anstrengende sportsaktivitet til å måtte ha hjelp til å gå.

Det er interessant at SOC korrelerer såpass sterkt med delkomponenten fingerferdighet. Munthe (1987) påpeker at RA oftest starter i finger eller tåledd. Fingrene på begge hender er som regel affisert samtidig. Det ligger i sykdommens natur at fingerferdighet er en av de faktorene som i størst grad er med på å begrense funksjonsevnen til en person med RA. Gripestyrke som avhenger av styrken i fingrene blir ofte brukt som et mål for sykdomsaktivitet (Anderson, 1988; Pincus et. al, 1987).

Den delkomponenten i SOC som korrelerer sterkest med fingerferdighet er handlingskomponenten. Handlingskomponenten i SOC kjennetegnes ved at en opplever at en disponerer adekvate ressurser til å møte de krav og utfordringer en blir stilt ovenfor. Funnene i denne undersøkelsen tyder på at denne indre tryggheten kan være en kritisk faktor som avgjør om vedkommende klarer å utføre handlinger som krever fingerferdighet. Braden (1990) fant i en undersøkelse av 396 pasienter med RA eller RA relaterte tilstander, at personens oppfatning av sin egen evne til å takle motgang var den sterkeste indikatoren på selvhjulpenhet.

En innvending mot Antonovskys forklaring er selvsagt at det kan gå den andre veien. Dersom en virkelig klarer å åpne et syltetøyglass, gir dette en trygghet på at vedkommende har tilstrekkelige ressurser.

SOC viser også signifikant korrelasjon med sosial aktivitet. Dette tyder på at personer med sterk SOC har hyppigere kontakt med slekt og venner enn personer med lav SOC. Langeland (1994) har benyttet SOC i en undersøkelse av 293 eldre. Hun konkluderer med at sosial støtte virker via mestring, som igjen virker på helse. Burckhardt (1987) påpeker at sosial støtte kan virke som en "buffer" i krisesituasjoner, der ens vanlige mestringsmekanismer ikke fungerer tilstrekkelig. En kan motta sosial støtte gjennom det uformelle nettverket (familie og venner) eller det formelle nettverket (bl.a. helsevesenet).

I denne undersøkelsen er det 4 delkomponenter av AIMS som ikke viser signifikant korrelasjon med SOC. Det er delkomponentene mobilitet, ADL (dagliglivets aktiviteter), husholdningsaktiviteter og smerte. Når det gjelder de tre første av disse komponentene, er det de komponentene som gir minst utslag på begrensninger i funksjon blant respondentene. Som vist i tabell 4.1 er dette et mønster som går igjen i flere undersøkelser (Burckhardt, 1993 (1); 1993 (2); Segrov, 1994). Resultatene tyder på at når det gjelder disse tre delkomponentene av AIMS, har vi for liten spredning i materialet til å kunne si noe sikkert om eventuelle sammenhenger. Som nevnt under presentasjonen av resultatene, er det mulig at det skal svært store fysiske funksjonshemminger til før det gir utslag på disse tre dimensjonene. Da dette er et mønster som går igjen i flere undersøkelser er det mulig at AIMS ikke er sensitivt nok på disse områdene til å måle eventuelle begrensninger i funksjon.

Når det gjelder den manglende sammenhengen mellom SOC og smerte, finner ikke den i for liten spredning. I denne undersøkelsen finner vi en svak, men ikke signifikant sammenheng. Sægrov (1994) har undersøkt sammenhengen mellom håp og smerte blant personer med revmatoid artritt, men fant heller ikke der noen signifikant sammenheng. Dersom vi undersøker delkomponentene i SOC, finner vi at den kognitive komponenten i SOC viser den sterkeste sammenhengen med smerte, men den er ikke signifikant. Dette kan ha sammenheng med at stor grad av opplevd smerte var signifikant korrelert med lav utdannelse og høy alder. Smestad et. al. (1995) viser til at litteraturstudier angående kronisk smerte generelt viser til at høy rapportering av smerte henger sammen med kvinnelig kjønn, høy alder og/eller lav utdannelse og inntekt, uavhengig av sykdomsaktivitet. Smestad selv fant ikke støtte for disse hypotesene i sin undersøkelse av pasienter med nyoppdaget revmatoid artritt. I denne studien finner jeg ingen sammenheng mellom kjønn og helse. Dette kan også skyldes at denne studien har en overrepresentasjon av kvinner.

### **6.3    *TEORIETISKE IMPLIKASJONER***

### **6.3.1 Salutogenisk teori versus biomedisinsk teori**

Funnene i denne studien tyder på at SOC er en bedre predikator for helsestatus enn både alder og sykdomsvarighet. Sykdomsvarighet viser ikke statistisk signifikant korrelasjon verken med helsestatus målt ved hjelp av AIMS, egenvurdert helse eller tilfredsstillelse av egne prioriteringer. Alder viser en svak signifikant korrelasjon med AIMS og egenvurdert helse, men ikke med tilfredsstillelse av egne prioriteringer. Det tyder på at SOC er en bedre predikator for plassering på helsekontinuumet enn både alder og antall år en har hatt sykdommen. Dette er svært interessant med hensyn til det som har vært det rådende syn innen den biomedisinske tradisjon. I følge Hart (1987) og Braden (1990) er sykdomsvarighet en kritisk faktor for helsestatus hos revmatikere. Fries (1985) påpeker at de menneskelige organers reservekapasitet avtar med ca 1,5% hvert år, og antyder ved det at alder i seg selv virker inn på menneskets helsestatus. Sherrer et. al. (1987) har konkludert med at alder, kjønn og sykdomsvarighet er de viktigste prediktorene for funksjonsnivå.

Dersom disse faktorene er så kritiske for helsestatus og funksjonsnivå som det blir hevdet, ville en forvente større utslag på helsestatus målt ved hjelp av AIMS enn det som er tilfellet i denne undersøkelsen. Det har de siste årene vært større åpenhet for tanken om at "det psykiske virker nok inn". Det har likevel ikke blitt tillagt så stor betydning. Funnene i denne undersøkelsen tyder derimot på at SOC kan være en viktigere faktor i forhold til helsestatus enn både alder og antall år en har hatt sykdommen.

Funnene i denne undersøkelsen gir altså støtte til Antonovskys salutogeniske helseteori. Å betrakte helse på denne måten innebærer store muligheter. Mennesket er ikke et passivt offer for "den ukontrollerte skjebnen". Mennesket kan riktignok ikke unngå alle farer og problemer (stressorer) i livet, men har et rikt potensiale i seg til å gjøre noe med situasjonen. Selv om mennesket ikke kan unngå å få ulike sykdommer, så antyder denne studien at styrken på personens SOC kan være med å påvirke hvilke konsekvenser sykdommen får med hensyn til helsestatus og funksjon. En person med en sterk SOC vil søke etter nyttig "input" i sine indre og ytre omgivelser. Noe som kan hjelpe

vedkommende til en aktiv tilpasning. Dette understreker Antonovskys positive syn på helse. *"Så lenge det er livspust i oss, innehar vi en viss grad av helse"* (1987, s. 3).

Dette i motsetning til det biomedisinske synet på helse og sykdom. Det biomedisinske synet innebærer at helse er fravær av sykdom. Sykdom er en tilstand der menneskets organer ikke fungerer etter det som er statistisk normalt for organet. Innehaveren av det "anormale" organet blir pasient. Pasienten venter tålmodig på at ekspertene (vanligvis legen) skal reparere "maskinfeilen".

I forhold til det biomedisinske synet på helse og sykdom er Antonovskys teori optimistisk. Mennesket kan selv gjøre noe med sin situasjon. På den annen side kan Antonovskys teori virke pessimistisk, spesielt med hensyn på personer med en svak SOC. Det finnes ingen "magisk formel" som kan fjerne sykdom. Som tidligere påpekt kan denne studien vise til sterke statistiske korrelasjoner mellom SOC og helsstatus. I følge Antonovsky bygges en persons «Sense of Coherence» opp gjennom livserfaring. Antonovsky påpeker at en persons SOC er relativt stabil i voksen alder (etter 30 år). Dersom personens SOC endres, har den en tendens til å gå nedover. Voksne personer med en svak til moderat SOC vil ofte oppleve at de kommer inn i en vond sirkel. De opplever livets stressorer som byrder i stedet for å betrakte dem som utfordringer. De opplever at de ikke disponerer tilstrekkelige ressurser til å mestre dem, og trekker seg unna i stedet for å prøve å løse problemene. Denne manglende mestring gir en opplevelse av mislykkethet. Ursin (1993) påpeker at stress oppstår når individet mener at det ikke har tilstrekkelige ressurser til å møte den aktuelle utfordringen. På den annen side påpeker Ursin at problemløsning eliminerer aktivering. Dette synes å være i tråd med Antonovskys teori.

Ut fra denne studien kan en egentlig ikke påvise hva som er årsak og hva som er virkning. Om det er SOC som påvirker helsestatus eller omvendt. Men dersom Antonovsky har rett i at SOC er en stabil faktor etter 30 års alderen, er det mer sannsynlig at SOC påvirker helsestatus enn omvendt.

### 6.3.2 Generaliserbarhet

Denne undersøkelsen er foretatt i en spesiell setting. Den inkluderer 52 personer med revmatoid artritt som bor i Bergensområdet og er medlemmer av Bergen Revmatikerforening. Strengt tatt kan jeg bare si noe om respondentene i denne undersøkelsen. Er det likevel mulig å generalisere disse funnene og si noe om en større gruppe enn de som er med i undersøkelsen?

Som nevnt i metodekapittelet er det viktigste i denne studien å undersøke sammenhengen mellom mestringsressurser og helse med bakgrunn i Antonovskys salutogeniske teori. Det er således ikke personer med RA som er interessant i seg selv. Det var imidlertid viktig å gjennomføre studien i et utvalg der en ville forvente at en fikk utslag også på de fysiske komponentene i AIMS.

Det sentrale i spørsmålet angående representativitet er at respondentene ikke avviker systematisk fra det som generelt kjennetegner personer med RA. Sammenligningen med utvalget i undersøkelsene til Burckhardt (1993 (1); 1993 (2)) og Sægrov (1994) i tabell 4-1 skulle tyde på at respondentene i denne undersøkelsen ikke skiller seg vesentlig ut fra andre personer med RA. Studiene blir sammenlignet med hensyn til alder, sykdomsvarighet og score på delkomponentene i helseindikatoren AIMS. Utvalget i de andre studiene er hentet fra fem forskjellige sykehussettinger i Norge, USA og Sverige. Ved måling av gjennomsnitt og standardavvik på delkomponentene av AIMS, viste det seg et nesten identisk mønster i de fire undersøkelsene (tabell 4-1 & fig. 4-1). Det var stort sammenfall med hensyn til hvilke av delkomponentene respondentene hadde problemer med å utføre, og hvilke av delkomponentene som ikke var noe problem. Dette skulle tyde på at utvalget i denne studien er typisk for personer med denne lidelsen. Av de fysiske komponentene i AIMS var detfingerferdighet som korrelerte sterkest med SOC. Da begrensninger i fingerferdighet er noe av det som hemmer personer med RA mest, er det grunn til å anta at utvalget presenterer noe av det som er typisk for denne gruppen. Det er derfor grunn til å anta at dersom en hadde gjennomført denne undersøkelsen på et randomisert utvalg av alle revmatikere i Norges befolkning, ville en ikke fått andre resultater.

Det store spørsmålet er om en kan generalisere resultatene fra denne undersøkelsen til andre grupper, eller til befolkningen generelt. Vil styrken på en persons SOC virke inn på helsestatus hos alle, ikke bare personer med RA? Denne studien tok utgangspunkt i Antonovskys salutogeniske helseteori, som er en generell teori, og ble testet ut empirisk ovenfor en befolkningsgruppe med diagnosen RA. Studien bekrefter Antonovskys teori i forhold til denne befolkningsgruppen, og er dermed med på å styrke hans teori.

## **6.4 METODISKE IMPLIKASJONER**

### **6.4.1 Påliteligheten av selvrapporterte data ved måling av helsestatus**

Da denne studien er foretatt uten kontakt med helsevesenet, har vi kun respondentenes egne opplysninger å stole på. Alle data er selvrapporterte. Vi har ingen biomedisinsk kontroll i denne studien. Vi kan ikke kontrollere respondentenes opplysninger mot kliniske funn.

Anderson et. al. (1988) har foretatt en undersøkelse av 64 pasienter med klassisk revmatoid artritt. Disse var diagnostisert ut fra kriteriene til American Rheumatism Assosiation (ARA). I studien fant de at psykologiske faktorer som depresjon og angst påvirker smerte og funksjonsstatus, uavhengig av sykdomsaktivitet. Sykdomsaktiviteten ble målt ved hjelp av blodprøver, klinisk vurdering av sykdomsaktivitet, som telling av affiserte ledd og måling av gripestyrke ved hjelp av standardiserte instrument. Smestad et. al. (1995) fant også en relativt sterk sammenheng mellom psykologiske faktorer og smerte, uavhengig av sykdomsaktivitet (målt ved hjelp av blodprøver og telling av affiserte ledd). Deres undersøkelse ble foretatt av 238 pasienter som hadde hatt RA i mindre enn 48 mnd. Disse var også diagnostisert ut fra ARA's kriterier. Disse funn skulle tyde på at det er mulig å sammenligne faktorer som mestringsressurser og helsestatus uten å kontrollere for "objektive" mål for sykdomsaktivitet.



Bellamy (1993) påpeker at det er påvist tilfredsstillende begrepsvaliditet mellom AIMS, pasienters oppfatning av generell helse og sykdomsaktivitet, legers oppfatning av funksjonsaktivitet, sykdomsaktivitet og telling av affiserte ledd.

Dette skulle tyde på at pasienten selv er en pålitelig opplysningskilde for sin helsestatus. Det skulle være en bekreftelse av det gamle ordtaket: "Den kjenner best hvor skoen trykker, den som har den på." Denne studien viser en sterk signifikant sammenheng mellom personens egenvurderte helsestatus, og helsestatus målt ved hjelp av AIMS. Studien viser også til en sterk signifikant sammenheng mellom helsestatus målt ved hjelp av AIMS, og i hvilken grad personen føler at han får tilfredsstilt egne prioriteringer. I tråd med et helhetlig syn på helse og sykdom, er det kunstig å skille mellom personens persepsjon av egen helse, og "faktisk" eller "objektiv" helsetilstand.

#### **6.4.2 Måleinstrumentets følsomhet**

Som nevnt under oppsummeringen av resultatene er det noen av delkomponentene i AIMS som ikke viser signifikant korrelasjon med SOC. Tre av disse komponentene mobilitet, husholdningsaktivitet og ADL gir svært lite utslag ved måling av funksjonsnedsettelse. Dette gjelder også flere andre studier (Burckhardt, 1993 (1); 1993 (2); Sægrov 1994).

Ved teoritestning og hypotesetesting er statistisk konklusjonsvaliditet en viktig faktor. For å teste hypotesene må en ha tilstrekkelig variasjon i variablene. I denne sammenheng betyr det at for å måle korrelasjon mellom f.eks. SOC og ADL, kreves det at et tilstrekkelig antall av respondentene har så store problemer med å utføre "dagliglivets aktiviteter" at det slår ut på måleinstrumentet. Dersom ingen eller nesten ingen har vesentlige problemer på dette feltet, kan en ikke fastslå verken sammenheng eller mangel på sammenheng. To kritiske faktorer i denne forbindelse er for det første i hvilken grad en har nok variasjon i den populasjonen som undersøkes, dernest må måleinstrumentet være følsomt nok til å måle variasjoner i utvalget. Som tidligere nevnt viser det seg et

mønster i flere undersøkelser at de tre delkomponentene i AIMS mobilitet, husholdningsaktivitet og ADL gir svært lite utslag ved måling av funksjonsnedsettelse. Den mest nærliggende forklaringen er at en må ha svært nedsatt funksjonsevne før det gir utslag på disse komponentene. Det kan tyde på at AIMS ikke er følsomt nok til å måle forandring på disse tre delkomponentene.

Langius et. al. (1993) har foretatt en studie av et randomisert utvalg av en bybefolkning i Sverige. Studien undersøkte sammenhengen mellom mestringsressurser målt ved hjelp av SOC og funksjonsstatus målt ved hjelp av "Sickness Impact Profile" (SIP). Langius fant at SOC var korrelert med total score på SIP, og med delkomponentene av sosial og mental art, og personens egen persepsjon av sin helsetilstand, men ikke med komponentene av fysisk art. Langius konkluderte med at funnene kan tyde på at SOC har diskriminerende validitet. SOC virker inn på mental og psykisk helse, men ikke på fysisk helse. Langius påpeker at disse funnene kan tyde på at "Sense of Coherence" er relatert til personens persepsjon av sin helsetilstand. Som Langius et. al. selv påpeker er deres undersøkelse gjennomført i en normalbefolkning. Som forventet fører det til at en får lite utslag på den fysiske komponenten av SIP. Langius et. al. har liten variasjon i utvalget når det gjelder utslag på den fysiske komponenten av SIP. Det er derfor vanskelig å se at en utfra deres resultater kan fastslå at SOC ikke korrelerer med fysisk helse.

## **6.5 PRAKTISKE IMPLIKASJONER**

Hvilke praktiske konsekvenser får funnene i denne undersøkelsen? I følge denne studien forklarer personens SOC en større del av variasjonen i helsestatus enn både alder og sykdomsvarighet. Dette skulle tyde på at intervensjon i større grad bør rettes mot psykologiske og mentale aspekt ved personens helse enn hva tilfellet er i dag.

Antonovsky hevder at SOC er relativt stabil i voksen alder. Det skal mye til for å endre denne, i alle fall i positiv retning. Dette kan virke som et svært dårlig utgangspunkt for

intervensjon. De som har en svak SOC kan ikke hjelpes og personer med en sterk SOC klarer seg uten hjelp fra helsevesenet. Antonovsky påpeker at selv om SOC er relativt stabil i voksen alder så er den ikke rigid. Antonovsky peker på tre muligheter med tanke på intervensjon. De to første er midlertidige endringer. Personer med sterk SOC kan i krisesituasjoner oppleve en midlertidig nedgang i SOC. Livet blir uoversiktlig og ustrukturert for en periode. En person med svak SOC vil under svært positive omstendigheter oppleve verden på en mer positiv måte. I begge disse tilfellene kan helsepersonell gå inn å støtte personen, slik at vedkommende i øyeblikket opplever litt mindre lidelse i det første tilfellet, og litt mer glede i det andre tilfellet. I begge tilfeller vil personen raskt gjenvinne sitt "normale" nivå av SOC. Antonovsky understreker at rent behandlingsmessig har disse intervensjonene liten betydning. Det er skjelden at et sykehusopphold kan forandre en persons liv. SOC blir dannet gjennom et menneskets møte med livets utfordringer og problemer. Helsepersonell kan ikke skåne personen mot alle livets uunngåelige stressorer.

I følge Antonovsky finnes det et tredje alternativ. Det er mulig, men svært vanskelig, ved hjelp av behandling å modifisere en persons SOC. Antonovsky peker på mulige behandlingsforslag. Rosenbaums (1983) "learned resourcefulness" og Meichenbaum & Camerouns (1993) "dealing with stress inoculation." Behandlingsmulighetene er likevel begrenset fordi en ikke kan endre de livssituasjonene som skaper menneskenes erfaringer. Behandlingen må satse på å endre måten personen tolker sine erfaringer på. Antonovsky understreker at behandlingen forutsetter langtidsbehandling, der behandler har kontroll over klientens liv over lang tid.

Slik jeg ser det har Antonovskys teori mye til felles med kognitiv terapi som er grunnlagt av Aaron T. Beck. Kognitiv terapi er basert på et teoretisk grunnlag om at individets følelser og adferd hovedsaklig er bestemt ut fra måten vedkommende strukturerer verden på (Beck, 1967). Personens tankemønster er basert på holdninger eller antagelser (skjema) som er utviklet på bakgrunn av tidligere erfaringer (Beck, 1979). Kognitiv terapi er en aktiv, styrende, tidsbegrensende og strukturert tilnærming til endring av uhensiktsmessige tankestrukturer. Slik jeg forstår det er Beck mer optimistisk med hensyn til endring av tankestrukturer enn Antonovsky er med hensyn til endring av SOC.

Ikke minst med hensyn til tidsaspektet. Det må legges til at Antonovskys er medisinsk sosiolog, og ikke har vektlagt behandlingsaspektet. Beck er psykiater og har sin bakgrunn fra teoribygging, empiriske studier og terapi. Denne vekselvirkningen har ført til utviklingen av svært effektive behandlingsmetoder. I følge Beck (1979) er denne retningen påvirket av adferdsterapi. Noen kaller derfor terapiformen for "kognitiv adferdsterapi."

I tillegg til Antonovskys forslag til modifisering av SOC vil jeg derfor foreslå bruk av kognitiv terapi. Kognitiv terapi er tenkt som en behandling for å forbedre eller beholde vedkommendes plassering på helsekontinuumet. Kognitiv terapi er ved flere anledninger benyttet i forhold til behandling av mennesker med RA. Lerman (1987) og Skevington (1986) konkluderer med at kognitiv terapi og adferdsterapi har vært effektive med hensyn til å lette symptomer og bedre funksjonsstatus hos personer med RA. Disse behandlingsformene synes å redusere usikkerhet og gi personen en følelse av å ha kontroll. Disse behandlingsformene er forholdsvis nye i relasjon til RA-pasienter og det gjenstår å evaluere effekten på lang sikt.

Med fare for å komme i konflikt med Antonovskys syn på betydningen av en stabil SOC, vil jeg likevel komme med enda et forslag til intervensjon. Korrelasjonsanalysen viste at handlingskomponenten i SOC er den delkomponenten som korrelerte sterkest med totalscore for AIMS. Handlingskomponenten skiller seg også klart ut f.eks. i samvariasjon med fingerferdighet. Handlingskomponenten i SOC kjennetegnes ved at en opplever at en selv eller "betydningsfulle andre" disponerer adekvate ressurser til å møte de krav og utfordringer en blir stilt ovenfor. Personer med RA opplever ofte at de ikke har tilgang til de ressurser de trenger for å mestre de problemer og utfordringer de blir stilt ovenfor. Ved at helsevesenet stiller mer ressurser til disposisjon reduseres usikkerhet og dermed også angst. Dette krever at myndighetene bevilger mer penger til denne pasientgruppen. Et annet tiltak er å informere pasientene om hvilke ressurser som faktisk er tilgjengelige. Hvilke hjelpemidler finnes på markedet, hvilke kostnader får en dekket og hva må en dekke selv. Tilbudet av helsetjenester må bli mer tilgjengelig. Pasienten må oppleve trygghet om at de får medisinsk behandling når de trenger det, uten å måtte stå på venteliste i lang tid.

Som tidligere nevnt kan ikke et sykehusopphold endre en persons liv. I følge Antonovsys teori spiller personens faste omgivelser som familie og nærmiljø en større betydning enn helsevesenet noen gang kan gjøre. Jeg vil derfor foreslå at intervensjon fra helsevesenets side foregår så nær personens nærmiljø som mulig. Personens nære omgivelser er de som best kan være med å støtte personen i å opprettholde sin SOC og sin livskvalitet. Helsevesenets oppgave er å legge til rette støttetiltak både for personen som har sykdommen og dens pårørende. For å virke mest mulig effektivt er det viktig at helsevesenet virker som et team, der hensikten er å legge tilrette best mulige støttetiltak slik at individet klarer å opprettholde sin plass på helsekontinuumet. Helsevesenet, enten det er sykepleiere, leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter eller psykologer må fungere som en samlet serviceinstitusjon til individets beste, isteden for å la sin prestisje og profesjonskamp råde.

## **6.6 STUDIENS BIDRAG**

Som nevnt innledningsvis var bakgrunnen for denne studien en undring over sammenhengen mellom menneskets psyke og soma, og en interesse for hele mennesket. Resultatene fra studien viser at menneskets innstilling til livet og troen på egen mestring virker sterkere inn på personens helsestatus enn personens alder og sykdomsvarighet. Innen tradisjonell medisinsk forskning blir alder og sykdomsvarighet regnet som viktige prediktorer for helsestatus og funksjon blant revmatikere. Studien antyder derfor at faktorer ved mennesket psyke, her operasjonalisert ved hjelp av SOC, virker sterkere inn på somatiske forhold enn det som har vært vanlig å regne med innen medisinsk forskning.

Et annet bidrag ved studien som jeg ønsker å trekke frem var ikke tilsiktet ved studiens start. Da respondentene ble bedt om å oppgi tre områder i livet som betydde mye for dem, var hensikten å registrere i hvilken grad de følte at de fikk tilfredstillt de områdene

som de selv opplevde som viktige. I følge holistisk helseteori er tilfredsstillelse av egne prioriteringer et viktig helsemål. Hvilke konkrete områder den enkelte oppgav som viktige var egentlig av underordnet betydning i innledningen av studien. Ved analyse av svarene ble det likevel avdekket interessante funn. De områdene som respondentene oppgav som viktige er tilsvarende som en finner igjen i mange generelle livskvalitetsundersøkelser. De områdene som respondentene oppgav som viktige er de samme som en sannsynligvis ville funnet igjen hos en hvilken som helst befolkningsgruppe i Norge. Av 154 svar var det bare 3 som kunne relateres til sykdom, funksjonshemming og behandling. Dette viser at kronisk syke fokuserer mindre på sykdom og begrensninger i funksjon enn det som ofte blir antatt innen for helsevesenet. På samme måte som mange andre er de opptatt av faktorer som sosiale relasjoner, fritidsaktiviteter osv. Dette er faktorer som er viktig for trivsel og helse, eller i følge Antonovskys terminologi salutogeniske faktorer. Helsevesenet har en tendens til å sette likhetstegn mellom pasienten og den sykdommen eller diagnosen personen har. Personer med kroniske sykdommer er like individuelle som resten av befolkningen. Når det gjelder faktorene som må være til stede for god livskvalitet, tyder resultatene fra denne undersøkelsen på at det ikke er vesentlige forskjeller mellom kronisk syke og befolkningen forøvrig.

## ***6.7 FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING***

Ettersom resultatene fra denne studien delvis bryter med det som har vært betraktet som de viktigste predikatorene for helsestatus blant revmatikere, ville det vært interessant om andre studier kunne vært med på å bekrefte eller avkrefte disse funnene. Det kan også være aktuelt å benytte tilvarende design som dette ovenfor en annen gruppe med kroniske lidelser.

Det vil også vært aktuelt å foreta en studie blant akutt syke, for å undersøke om personens SOC har sammenheng med f.eks. restitusjonstiden etter sykdommen. Det

viktigste når en skal undersøke disse sammenhengene er at en finner gode måleinstrument.

I fortsettelsen av denne studien vil det også være av interesse å gjennomføre en longitudinell undersøkelse, hvor en gjentar samme måling etter noen år. På den måten kan en undersøke om tendensene i denne undersøkelsen vil holde seg på lang sikt. Derved kan en også undersøke om styrken på personens SOC er viktig for personens prognose med hensyn til sykdomsutvikling.

I forlengelsen av de praktiske implikasjonene i denne studien vil jeg foreslå en intervensjonsstudie der en benytter kognitiv terapi i behandlingen av personer med revmatoid artritt. Dersom en ved hjelp av kognitiv terapi klarer å hjelpe personen til å endre uhensiktsmessige tankestrukturer, vil en anta at dette i neste omgang vil bedre personens helsestatus og funksjonsnivå.

## REFERANSER

- Anderson, K.O., Keefe, F.J., Bradley, L.A., McDaniel, L.K., Young, L.D., Turner, R.A., Agudelo, C.A., Semble, E.L. & Pisko, E.L. (1988). Prediction of pain behavior and functional status of rheumatoid arthritis patients using medical status and psychological variables. Pain, 33, 25-32.
- Antonovsky, A. (1979). Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1991). SALUTOGENESIS The sense of Coherence Newsletter, 1, Ben Gurion University.
- Antonovsky, A. (1992). SALUTOGENESIS The sense of Coherence Newsletter, 4, Ben Gurion University.
- Arnett, F.C., et. al. (1987). The 1987 revised ARA criteria for rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum, 30, p17.
- Bates, M.M. (1982). Environmental factors in dependency among nursing home residents: A social ecology analysis. In Wills T.A. (Ed), Basic processes in helping relationships. 405-425, New York: Academic press.
- Beck, A.T. (1967). Depression: Clinical, experimental, and theoretial aspects. New York: Hoeber.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guildford Press.
- Beck, A.T. (1988). Love is never enough. How couples can overcome misunderstanding, resolve conflicts, and solve relationship problems through cognitive therapy. New York: Harper & Row Publishers.
- Befring, E. (1992). Forskningsmetode og statistikk. Oslo: Det norske samlaget.
- Bell, M.J., Bombardier, C. & Tugwell, P. (1990). Measurement of functional status, quality of life, and utility in rheumatoid arthritis. Arthritis and Rheumatism, 33, 4, 591-600.
- Bellamy, N. (1993). Musculoskeletal Clinical Metrology. Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers.



- Bertalanffy, L.von. (1968). General System Theory. New York: G. Brazillillier.
- Bombadier, C., Tugwell, P., Sinclair, A., et. al. (1982). Preference for endpoint measures in clinical trials: results of structured workshops. J Rheumatol, 9, 798-801.
- Bombadier, C., Ware, J., Russel, I.J., et. al. (1986). Auranofin therapy and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. Am J Med, 81, 565-578.
- Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. Philosophy of Science, 44, 542-573.
- Bostic, R.M. (1977). Quality of life survey among a severely handicapped population. Dissertation Abstract International, 38 (4B), 1946. University Microfilms No. 77-20, 472.
- Bowling, A. (1991). Measuring Health. A review of quality of health measurement scales. Philadelphia: Open University Press, Milton Keynes.
- Braden, C.J. (1990). A test of the self help model: Learned response to chronic illness experience. Nursing Research, 39, 1, 42-46.
- Brinck, P.J. & Wood, M.J. (1989). Advanced Design in Nursing Research. California: Sage Publications.
- Brown, G.K. & Nicassio, P.M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. Pain, 31, 53-64.
- Burckhardt, C.S. (1985). The impact of arthritis on quality of life. Nursing Research, 34, 1, 11-16.
- Burckhardt, C.S. (1987). Coping strategies of the chronically ill. Nursing Clinics of North America, 22, 3, 543-549.
- Burckhardt, C.S., Woods, S.L., Schultz, A.A. & Ziebarth, D.M. (1989). Quality of life of adults with chronic illness: A psychometric study. Research in Nursing & Health, 12, 347-354.
- Burckhardt, C.S., Clark, S.R. & Bennett, R.M. (1993). Fibromyalgia and quality of life: A comparative analysis. The Journal of Rheumatology, 20, 3, 475-479.
- Burckhardt, C.S., Archenholtz, B. & Bjelle, A. (1993). Quality of life of women with systemic lupus erythematosus: A comparison with rheumatoid arthritis. The Journal of Rheumatology, 20, 6, 977-980.
- Burckhardt, C.S., Archenholtz, B., Mannerkorpi, K. & Bjelle A. (1993). Clinical studies-myofascial pain and fibromyalgia. Quality of life of Swedish woman with

fibromyalgia syndrom, rheumatoid arthritis or systemic lupus erythematosus.  
199-207, The Haworth Press, Inc.

- Churchill, G.A. (1979). A paradigm for developing better measures of marketing constructs. Journal of Marketing Research, 16, 64-73.
- Cook, T.D. & Campbell, D.T. (1979). Quasi-Experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings. Chicago: Rand McNally.
- Cobb, S. (1971). The frequency of Rheumatic Diseases. Harvard University Press. p 29.
- Clough, D.H. (1991). The effects of Cognitive Distortion and Depression on disability in Rheumatoid Arthritis. Research in Nursing and health, 14, 439-446.
- Crewe, N. (1980). Quality of life: The ultimate goal in rehabilitation. Minnesota Medicine, 63, 586-589.
- Deyo, R.A., Inui, T.S. (1984). Toward clinical applications of health status measures: sensitivity of scales to clinically important changes. Health Serv Res, 19, 275-290.
- Dowell, I.M., et. al. (1987). Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires. University of Ottawa. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Eide, C.M. (1991). Livsorientering, livsstil og helsevaner, en spørreskjemaundersøkelse av niendeklasse-elever. Universitetet i Bergen: Institutt for sykepleievitenskap.
- Flanagan, J.C. (1978). A research approach to improving our quality of life. American Psychologist, 33, 138-147.
- Flanagan, J.C. (1982). Measurement of quality of life: Current state of the art. Arch Phys Med Rehabil, 63, 56-59.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980), An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of Health and Social Behaviour, 21, 219-239.
- Folkman, S. (1982). An approach to the measurement of coping. Journal of Occupational Behaviour, 3, 95-107.
- Frankl, V.F. (1984). Man's search for meaning. 4.ed. Washington Square Press.
- Fries, J.F., et. al. (1980). Measurement of patient outcome in arthritis. Arthritis Rheum, 23, 137-145.
- Fries, J.F. (1985). The compression of morbidity. World Health forum, 6, 47-51.

- Hart, I., et. al. (1987). Clinic Rheumatology Illustrated. Sydney: Williams and Wilkins.
- Holstein, B.E. (1989). Mestring - evnen til at klare tilværelsen. Gerontologi og samfund, 4, 4, 66-69, 1988.
- Katz, S. et. al. (1963). Studies of illness in the aged: the index of ADL. JAMA. 185, 914-919.
- Kerlinger, F.N. (1986). Foundations of behavioral research. 3.ed. Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Kvien, T.K. (1992). Hva er gikt og revmatisme? Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Langius, A., Bjorvell, H. & Antonovsky, A. (1992). The Sense of Coherence Concept and its relation to personality traits in Swedish samples. Scand J Caring Sci. 6, 3, 165-171.
- Langius, A. & Bjorvell, H. (1993). Coping ability and functional status in a Swedish population sample. Scand J Caring Sci, 7, 3-9.
- Larsen, Ø., Alvær, B.G., Munthe, E. (1984). Hjelp meg jeg har gikt! Oslo: Universitetet i Oslo, Bergen, Diakonhjemmets Sykehus, Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus i samarbeid med Norsk Revmatikerforbund, .
- Lave, C.A. & March J.G. (1975). An introduction to models in the social sciences. New York: Harper and Row.
- Lazarus, R.S. (1981). The stress and coping paradigm. I: Eisdorfer, C., Cohen, D., Kleinman, A., Maxim, P., (Eds.) Theoretical Bases for Psychopatology. New York: Spectrum.
- Leidy, N.K. (1994). Functional status and the forward progress of merry-go-rounds: Toward a coherent analytical framework. Nursing Research, 43, 4, 196-202.
- Lerman, C.E. (1987). Rheumatoid Arthritis: Psychological factors in the etiology, course, and treatment. Clinical Psychology Review, 7, 413-425.
- Lorish, C.D., et. al. (1991). A comparison of the full and short versions of the Arthritis Impact Measurement Scales. Arthritis Care and Research, 4, 4, 168-173.
- Maslow, A.H. (1968). Toward a psychologi of being. 2nd ed. New York: D. van Nostrand Company.
- Maslow, A.H. (1970). Motivation and personality. 2nd ed., New York: Harper & Row Publishers.
- Mastekaasa, A., Moum, T., Næss, S. & Sørensen, T. (1988). Livskvalitetsforskning. Rapport ISF, 6.

- Meenan, R.F., Gertman, P.M. & Mason, J.H. (1980). Measuring health status in arthritis. The Arthritis Impact Measurement Scales. Arthritis and Rheumatism, 23, 2, 146-152.
- Meenan, R.F., Gertman, P.M., Mason, J.H. & Dunaif, R. (1982). The Arthritis Measurement Scales. Further investigation of a health status measure. Arthritis and Rheumatism, 25, 9, 1048-1053.
- Meenan R.F. & Pincus T. (eds.). (1987). The status of patient status measures. Journal of Rheumatology, 14, 3, 411-413.
- Monat, A. & Lazarus, R.S. (1985). Stress and Coping: An Anthology. New York: Columbia University Press, .
- Mossin, S. (1992). Helseprofil og mestring ved diffuse lidelser, Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen.
- Munthe, E. et. al. (1987). Revmatisme gamle plager - ny viten. Oslo: Tano.
- Nie, N.N., Hull, C.H., Jenkins, J.G., Steinbrenner, K. & Bent, D.H. (1975). Statistical Package for the Social Sciences. 2. Ed., 276-280. New York: Mc Graw-Hill.
- Nordenfelt, L. (1987). On the nature of health: An action-theoretic approach. Dordrecht: D.Reidel.
- Nuckolls, K.B. et. al. (1972). Psychosocial assets, life crisis, and the prognosis of pregnancy. American Journal of Epidemiology, 95, 431-441.
- Nunnally, J.C. (1978). Psychometric Theory. New York: McGraw-Hill.
- Oloff, M. (1991). Defence and coping: Self reported health and psychobiological Correlates. Doktorgrads avhandling ved Universitetet i Utrecht, Nederland.
- Pincus, T., Callahan, L.F. & Vaughn, W.K. (1987). Questionnaire, walking timand button test measures of functional capacity as predictive markers for mortality in rheumatoid arthritis. J Rheumatol, 14, 240-251.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1987). Nursing research principles and methods. Philadelphia: J.B.Lippincott Company.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1991). Nursing research principles and methods., Philadelphia: J.B.Lippincott Company.
- Rosenbaum, M. (1983). Learned resourcefulness as a behavioral repertoire for the self-regulation of internal events: Issues and speculations. In Rosenbaum, M., Franks, C. & Jaffe, Y. (Eds.): Perspectives on behavior therapy in the eighties. 54-73, New York: Springer.

- Schumacher, H.R. (1988). Rheumatoid Arthritis An Illustrated Guide to Pathology, Diagnosis, and Management. Philadelphia: J.B.Lippincott Company.
- Schussler, G. (1992). Coping strategies and individual meanings of illness. Soc. Sci. Med. 34, 4, 427-432.
- Segrov S. (1994). Håpet hos mennesker med revmatoid artritt. Seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen.
- Seligman, M.E.P. (1975). Helplessness. On depression, development, and death. San Francisco: W.H. Freeman.
- Sherrer, Y.S., Block, D.A., Mitchell, D.M., Roth, S.H., Wolfe, F., & Fries, J.F. (1987). Disability in rheumatoid arthritis: comparison of prognostic factors across three populations. The Journal of Rheumatology. 14, 705-709.
- Shichikwi, I. et. al. (1966). Rheumatic complaints in urban and rural population in Osaka. Ann Rheum Dis, 25, 25-31.
- Short, C.L. et. al. (1957). Rheumatoid Arthritis. Cambridge: Harvard University Press.
- Skevington, S.M. (1986). Psychological aspects of pain in rheumatoid arthritis: A review. Soc. Sci. Med. 23, 6, 567-575.
- Smestad, L.M., Vaglum, P., Kvien, T.K. & Moum, T. (1995). The relationship between self reporteds pain and sociodemographic variables, anxiety, and depressive symptoms in rheumatoid arthritis. The Journal of Rheumatology, 22, 3, 514-519.
- Smuts, J.C. (1926). Holism and evolution. London: MacMillan and Co. Ltd.
- Spilker, B. (1990). Quality of life. Assessments in Clinical Trials. New York: Raven Press Ltd.
- Steinbrocher, O., et. al. (1949). Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. JAMA, 140, 659-662.
- Stewart, M.W. & Knight, R.G. (1991). Coping strategies and affect in rheumatoid arthritis and psoriatic arthrits. Arthritis Care and Research, 4, 3, 116-122.
- Sullivan, G.C. (1989). Evaluating Antonovsky Salutogenic model for its adaptability to nursing. Journal of Advanced Nursing, 14, 336-342.
- Tingvatn, B.S. (1993). Sosialt nettverk, helsestatus og "opplevelse av sammenheng" En intervju-undersøkelse blandt 249 hjemmeboende eldre i Bergen kommune. Seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen.

- Tingvatn, B.S. (1993). Sosialt nettverk, helsestatus og "opplevelse av sammenheng" En intervju-undersøkelse blandt 249 hjemmeboende eldre i Bergen kommune. Seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen.
- Tugwell, P., Bombadier, C., Buchanan, W.W. (1987). The MACTAR patient preference disability questionnaire - an individualized functional priority approach for assessing improvement in physical disability in clinical trials in rheumatoid arthritis. J Rheumatol, 14, 446-451.
- Ursin, H. & Murison, R. (red.) (1983). Biological and psychological basis of psychosomatic disease. Oxford: Pergamon Press.
- Ursin, H. & Zahl-Begnum, O.H. (1984). Biologisk Psykologi. 1. utg. Oslo: Tanum-Norli.
- Ursin, H. & Zahl-Begnum, O.H. (1993). Biologisk Psykologi. 2. utg. Oslo: Tano.
- White, R.W. (1974). Strategies of adaptation: An attempt at systematic description. In Coelho, G.V., Hamburg, D.A. and Adams J.E., eds. Coping and adaptation. 47-68, New York: Basic Books.
- Williams, S.J. (1990). The relationship among stress, hardiness, sense of coherence, and illness in critical care nurses. Medical Psychotherapy, 3, 171-186.
- Zautra, A.J. & Manne, S.L. (1992). Coping with rheumatoid arthritis: A review of a decade of reasearch. Annals of behavioral medicine, 14, 1, 31-39.