



Universitetet
i Stavanger

Hvordan kan den psykiske helsen ivaretas hos mennesker som lever med kronisk somatisk sykdom? – en litteraturstudie.

Masteroppgave i helsevitenskap. Spesialisering i psykiske helsearbeid.
Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Institutt for helsefag

Masterstudent: Vikhagen, Line Therese
Veileder: Rovik, Anne Marie, førstelektor

Juni 2013

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SPECIALISERING: Psykisk helsearbeid

SEMESTER: Vår - 2013

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Vikhagen, Line Therese

VEILEDER: Rovik, Anne Marie

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel:

Psykisk helse hos mennesker som lever med kronisk somatisk sykdom – hvordan kan den psykiske helsen ivaretas hos mennesker som lever med kronisk somatisk sykdom? – en litteraturstudie.

Engelsk tittel:

Mental health in people living with chronic somatic diseases – how can the mental health be catered for in people living with chronic somatic diseases? – a literature review.

EMNEORD/STIKKORD: kronisk somatisk sykdom, psykisk helse, psykiske plager og lidelser, sosial støtte, mestring, intervensering og forebygging,

ANTALL SIDER: 63

STAVANGER: 28. juni 2013

Forord

Denne masteroppgaven representerer avslutningen på mitt masterstudie i helsevitenskap, med fordypning i psykisk helsearbeid. Studiet har vært både spennende og lærerikt, samtidig som det har vært utfordrende. Da jeg startet studiet jobbet jeg som sykepleier på et somatisk sykehjem. I dag jobber jeg ved et DPS. Det er trygt å si at dette studiet har ført til forandringer, både i valg av arbeidsplass, kunnskapsmessig og personlig. Jeg valgte dette studiet fordi jeg var av den oppfatning at psykisk helsearbeid var en videreutdanning jeg ville ha bruk for enten jeg jobbet i psykiatrien eller somatikken. Denne oppgaven har bare bekreftet dette ytterligere. Kroniske somatiske sykdommer byr ikke nødvendigvis bare på fysiske utfordringer, men i noen tilfeller også psykiske og psykososiale.

Jeg ønsker å takke min veileder Anne Marie Rovik for god støtte gjennom arbeidet med oppgaven. Hun har gang på gang levert gode tips og oppmuntrende ord, og med engasjement gitt meg troen på at jeg ville komme i mål. Jeg ønsker også å rette en stor takk til min samboer Pål for stor tålmodighet, støtte og forståelse underveis i prosessen.

Sammendrag

Hensikten med denne oppgaven har vært å sette fokus på den psykiske helsen hos mennesker som lever med kronisk somatisk sykdom. Gjennom en litteraturstudie har jeg søkt oversikt og innsikt i hva forskning sier om hvordan det å leve med kronisk somatisk sykdom påvirker den psykiske helsen. Problemstillingen min har vært: Hvordan kan den psykiske helsen ivaretas hos mennesker som lever med kronisk somatisk sykdom?

Jeg stilte følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan kan de med kronisk sykdom selv bidra til å ivareta eller forbedre sin psykiske helse?
2. Hvordan kan helsepersonell bidra til å unngå eller lette psykiske helseplager hos de med kronisk sykdom?
3. Hvordan kan psykiske plager og lidelser forebygges hos mennesker med kronisk sykdom?

Det teoretiske rammeverket har vært Corbin & Strauss' sykdomsforløpmodell og Antonovskys sense of coherence. Metoden har vært et litteraturstudie og i analyseprosessen har jeg brukt manifest innholdsanalyse. Studien har vist at det finnes faktorer som kan bidra til at mennesker som lever med kronisk sykdom ivaretar eller forbedrer den psykiske helsen. Blant annet hensiktsmessig mestring, sosial støtte og sykdomsoppfatning. Helsepersonell kan også bidra til å unngå eller lette psykiske helseplager hos pasienter med kroniske somatiske sykdommer. Dette kan skje gjennom undervisning og veiledning, gjennom kunnskap om risikofaktorer og gjennom intervensjoner. Kognitiv atferdsterapi viste seg å ha god effekt på behandling av psykiske plager og lidelser hos denne pasientgruppen. Kognitiv atferdsterapi kunne også virke forebyggende på psykiske plager og lidelser. Avslutningsvis blir implikasjoner for praksis og videre forskning presentert.

1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Mål og hensikt med studien.....	9
1.3 Definisjon av kronisk sykdom, psykisk helse og psykiske plager og lidelser	10
1.4 Oppgavens oppbygging.....	10
2.0 Teoretisk rammeverk.....	11
2.1 Sykdomsforløpmodellen	11
2.2 Sense of coherence	15
3.0 Metode.....	20
3.1 Bakgrunn for valg av metode	20
3.2 Metode for datainnsamling.....	21
3.3 Egen bakgrunn og forforståelse.....	22
3.4 Fremgangsmåte ved innhenting av data	23
3.4.1 Inklusjonskriterier for artiklene.....	23
3.4.2 Databaser/kilder for søk	23
3.4.3 Søkestrategier	24
3.4.4 Valg av artikler.....	24
3.5 Tabell 1: Presentasjon av artiklene.....	26
3.6 Dataanalyse	29
3.6.1 Analyseprosessen	30
3.7 Studiens gyldighet og troverdighet.....	30
4.0 Funn og drøfting.....	31
4.1 Hvordan kan de med kronisk sykdom selv bidra til å ivareta eller forbedre sin psykiske helse?	32
4.1.1 Mestring	32
4.1.2 Sosial støtte	34
4.1.3 Sykdomsoppfatning.....	35
4.1.4 Kontroll	36
4.1.5 Optimisme	37
4.1.6 Drøfting	37
4.2 Hvordan kan helsepersonell bidra til å unngå eller lette psykiske helseplager hos de med kronisk sykdom?.....	42
4.2.1 Undervisning og veiledning	42
4.2.2 Kunnskap om risikofaktorer.....	43
4.2.3 Intervenering	44
4.2.4 Drøfting	46
4.3 Hvordan kan psykiske plager og lidelser forebygges hos mennesker med kronisk sykdom?	50
4.3.1 Universell forebygging og helsefremming.....	50
4.3.2 Selektiv forebygging	51
4.3.3 Indisert forebygging	52
4.3.4 Drøfting	52
5.0 Avslutning.....	55
6.0 Referanser.....	59

1.0 Innledning

I denne oppgaven vil jeg se på sammenhengen mellom kronisk somatisk sykdom og psykisk helse. Oppgaven er et litteraturstudie, hvor jeg tar utgangspunkt i forskning på temaet og drøfter funnene. Jeg vil også sammenligne og drøfte funnene opp i mot det teoretiske rammeverket og komme med implikasjoner til praksis og videre forskning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg er interessert i temaet både profesjonelt og privat. Jeg har jobbet som sykepleier på somatisk sykehjem. Min erfaring er at innen somatikken kommer fokuset på psykisk helse til kort. Selv om vi som jobbet med de eldre hadde fokus også på trivsel og psykisk velvære ble dette ofte tilfeldig, avhengig av den enkelte ansatte og etter om tiden strakk til. De fleste pasientene hadde både tre og flere kroniske somatiske sykdommer og vi var flinke til å behandle og kontrollere sykdommene og symptomene. Det var allikevel flere av pasientene som hadde og eller utviklet tegn på psykiske plager og lidelser, da spesielt angst og depresjon. Jeg har i ettertid undret over hvorfor flere av pasientene utviklet psykiske lidelser, om vi var flinke nok til å oppdage de på ett tidlig stadium og om vi kunne gjort noe for å forebygge dette.

Min interesse for temaet privat ble vekket da min venninne gjennom mange år utviklet depresjon da hennes kroniske lungesykdom sakte men sikkert forverret seg. Hun hadde jevnlig kontakt med sin fastlege på grunn av gjentakende, hyppige, lungebetennelser. Da denne forverringen hadde pågått noen år, og operasjon av lungene var eneste utvei, forklarte hun til fastlegen sin, at hun ikke orket mer og at hun følte seg deprimert. Fastlegen nikket enig og sa: ”Du har nok fått en depresjon, jeg har ventet på det og så det komme”.

Jeg syntes det var hårreisende, å høre hva denne fastlegen hadde sagt. Kunne ingenting vært gjort for å unngå dette? Kunne ikke fastlegen gjort noe annet enn å sitte å se på at hun ble deprimert? Jeg kan ikke på bakgrunn av denne historien trekke noen slutninger, eller si at dette har skjedd med andre, men nysgjerrigheten min ble vekket og jeg ønsket å utforske dette temaet videre.

I *Helhet og sammenheng* kan vi lese at kroniske ikke-smittsomme sykdommer i økende grad preger sykdomsbildet i dag. Helsetjenestene møter stadige utfordringer, nye sykdomsmønstre oppstår og det er et behov for økt kunnskap om hva som vedlikeholder og fremmer helse og mestring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010-2011).

Mange er eller vil på et tidspunkt bli rammet av kronisk sykdom. Kroniske sykdommer i dag kan ofte ses i sammenheng med uheldig helseatferd som tobakk, alkohol, fysisk inaktivitet og usunt kosthold. I tillegg ses kronisk sykdom i sammenheng med levekår og livsbetingelser. Hjerte- og karsykdommer og kreft er årsak til 60% av dødsfall i Norge. Omkring 200 000 lider av KOLS, ca. 265 000 har diabetes type 2 og over 50% av menn og kvinner over 40 år har overvekt eller fedme (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010-2011).

Helse- og omsorgstjenestene setter nå et økt fokus også på de med kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsevne. Forebygging og helsefremming får mye oppmerksomhet, mens fokuset tidligere har vært først og fremst på akutt behandling og å forhindre tidlig død. ”Denne dreining fører til betydelige organisatoriske, kapasitets- og kompetansemessige utfordringer innen folkehelsearbeid og i hele helse- og omsorgstjenesten” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010-2011, s. 6).

I et samfunns- og folkehelseperspektiv er kronisk sykdom en utfordring. Hva med de som rammes av kronisk sykdom? Hvilke utfordringer står de ovenfor? Hvordan påvirker det å leve med kronisk sykdom den psykiske helsen hos den rammede?

Å leve med kronisk somatisk sykdom, heretter kalt kronisk sykdom, kan by på utfordringer for den rammede. Felles for alle mennesker som lever med kronisk sykdom, på tvers av diagnoser, alvorlighetsgrad og hvordan sykdommen kommer til uttrykk, er at de må gå en fremtid i møte, som syk. Konsekvensene av kronisk sykdom kan være av fysisk, psykisk, sosialt og eksistensiell art, og fordrer egeninnsats, hjelp og støtte fra betydningsfulle andre og støtte og tilrettelegging fra helse- og omsorgstjenestene (Gjengedal & Hanestad, 2007).

Forskning viser at det finnes sammenheng mellom kroniske sykdommer og psykiske plager og lidelser, og at mennesker som har kroniske sykdommer har økt risiko, sammenlignet med normalpopulasjonen, for å utvikle psykiske plager og/eller lidelser. Nedsatt stemningsleie, angst og depresjon er mest vanlig (Clarke, D. M. & Currie, K. C., 2009.; Bohlmeijer, E., Prenger, R, Taal, E. & Cuijpers, P., 2010). Depresjon hos mennesker med kroniske

sykdommer kan forårsakes av en eller flere faktorer, herunder bekymringer rundt diagnose og utfallet, nedsatt funksjon, tap av sosial-liv og smerter med mer. Mennesker med kronisk sykdom som i tillegg utvikler depresjon har vanskeligere for å følge behandlingsregimer og har oftere helseskadelig atferd, som for eksempel røyking og dårlig kosthold, enn kronisk syke som ikke er deprimerte(Waghorn, J., 2009).

Forskning viser at mennesker med kroniske somatiske sykdommer som får psykiske tilleggslidelser risikerer ytterligere forverring også i den somatiske grunn sykdommen(Clarke & Currie, 2009). Psykiske plager og lidelser kan føre til betydelig tap av livskvalitet og redusert funksjonsevne på ulike arenaer i den rammedes liv, herunder hjemme, i jobb og skole. Psykiske lidelser er årsaken til nesten 1/3 av landets uføretrygdede, og depresjon ses i sammenheng med økt dødelighet, både på grunn av økt selvmordsfare og på grunn av økt risiko for livsstilssykdommer(Major, Dalgard, Mathisen, Nord, Ose, Rognerud & Aarø, 2011: 1).

Det er viktig på et tidlig tidspunkt å kunne oppdage når normale reaksjoner hos mennesker med kroniske sykdommer utvikler seg i retning av psykisk lidelse. Å få en tilleggsbelastning, for eksempel depresjon, er det siste man behøver når man har en kronisk sykdom. Det vil medføre økt sykdomsbelastning en ønsker seg foruten. Ved å ha kunnskap om problemer som følger i kjølvannet av kronisk sykdom, som psykiske og følelsesmessige problemer, kan man muligens forebygge disse(Fjerstad, E., 2011).

På bakgrunn av det vi vet om sammenhengen mellom kronisk somatisk sykdom og psykiske helse, hva kronisk somatisk sykdom kan medføre for den enkelte og at kronisk somatisk sykdom er et voksende samfunns-og folkehelseproblem, er det viktig å sette fokus på temaet.

Det finnes en god del forskning på, og kunnskap om, sammenhengen mellom kroniske somatiske sykdommer og psykiske plager og lidelser. Det finnes i midlertidig mindre forskning på hva som kan forbedre den psykiske helsen hos disse menneskene, og hvordan man kan forebygge psykiske plager og lidelser. I denne oppgaven vil jeg se på hva som foreligger av forskning på dette området gjennom en litteraturstudie.

1.2 Mål og hensikt med studien

Målet med oppgaven er å få oversikt og innsikt i hva forskning sier om hvordan det å leve med kronisk sykdom påvirker den psykiske helsen. Vi vet at de som lever med kronisk sykdom har økt risiko for å utvikle psykiske plager og lidelser. Jeg ønsker videre å undersøke hvordan personen selv og helsepersonell kan bidra til å opprettholde eller forbedre den psykiske helsen. Jeg vil også undersøke om det er mulig å forebygge psykiske plager og lidelser ved kronisk sykdom og eventuelt hvordan. Hensikten med studien er å sette fokus på temaet. Det er mitt ønske at helsepersonell får økt kunnskap og forståelse for hvilke utfordringer som kan følge det å leve med kronisk sykdom. Denne kunnskapen kan bidra til at helsepersonell har et økt fokus på den psykiske helsen hos denne pasientgruppen. På bakgrunn av mine funn i litteraturen vil jeg komme med implikasjoner til praksis og videre forskning.

Jeg har med bakgrunn i studiens mål og hensikt kommet frem til følgende problemstilling:

Hvordan kan den psykiske helsen ivaretas hos mennesker som lever med kronisk somatisk sykdom?

For å konkretisere problemstillingen har jeg stilt følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan kan de med kronisk sykdom selv bidra til å ivareta eller forbedre sin psykiske helse?
2. Hvordan kan helsepersonell bidra til å unngå eller lette psykiske helseplager hos de med kronisk sykdom?
3. Hvordan kan psykiske plager og lidelser forebygges hos mennesker med kronisk sykdom?

1.3 Definisjon av kronisk sykdom, psykisk helse og psykiske plager og lidelser

Kronisk sykdom defineres ofte som avvik fra normalen, som permanente og irreversible patologiske endringer. En slik definisjonen utelukker det personlige og sosiale aspektet ved kronisk sykdom, og vektlegger ikke betydningen av hva det vil innebære for den enkelte å leve med kronisk sykdom. En definisjon som Gjengedal & Hanestad (2007) beskriver som mer dekkende for å favne over personen som lever med sykdommen, og hvordan omgivelsene fungerer i samspill med han/henne, går slik: ”Kronisk sykdom er en irreversibel, konstant, tiltakende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt”(Gjengedal & Hanestad, 2007, s. 13).

Det finnes ulike definisjoner på psykisk helse. Mæland (2009) nevner alt fra psykisk velbefinnende, evne til å oppnå vitale mål til kognitive evner og selvrealisering. Det finnes allikevel en enighet om at psykisk helse er mer enn bare fraværet av psykiske plager og lidelser. Verdens Helseorganisasjon (WHO) har definert psykisk helse som ”en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet” (Major et al., 2011: 1 s, 15).

Videre definerer Major et al. (2011: 1) psykiske plager som høy symptombelastning, uten at det nødvendigvis er nok til å stille en diagnose. Psykiske lidelser defineres som at symptombelastninger er stor nok til at det kan stilles en diagnose. Diagnose kan stilles på bakgrunn av oppfylte kriterier i for eksempel ICD, internasjonal sykdomsklassifisering(Major et al., 2011: 1).

1.4 Oppgavens oppbygging

I følgende kapittel presenteres det teoretiske rammeverket, som er sykdomsforløpmodellen (Corbin, J. M. & Strauss, A., 1991) og sense of coherence (Antonovsky, A, 2012). I kapittel 3 presenteres metode- og analyseprosessen, før funnene presenteres i kapittel 4 under de tre forskningsspørsmålene. Drøftingen etterfølger funnene under hvert forskningsspørsmål. Avslutningsvis, i kapittel 5, oppsummerer jeg funnene, påpeker metodiske styrker og svakheter og kommer med implikasjoner til praksis og videre forskning.

2.0 Teoretisk rammeverk

2.1 Sykdomsforløpmodellen

Inntil 1970-tallet var forskning rundt kronisk sykdom dominert av et medisinsorientert fokus. Strauss og Glaser, to sosiologer, ønsket å vire fokus til det psykososiale aspektet ved kronisk sykdom. Utgangspunktet for dette skifte av fokus var sosiologenes tidligere forskning på døende, hvor de utviklet ”et begrepsapparat til forståelsen av kompleksiteten i dødsprosessen”(Gjengedal & Hanestad, 2007, s.15). Forskerne så at en rekke psykososiale forhold hadde innvirkning på kvaliteten for avslutningen på livet hos døende mennesker. Begrepsapparatet de utviklet på bakgrunn av disse studiene tenkte forskerne at kunne komme til sin rett også i forståelsen av hvordan sykdomsforløpet, hos mennesker med kroniske sykdommer, utviklet seg. Strauss og Glaser utførte utstrakte kvalitative studier blant kronisk syke, i samarbeid med sykepleieforskere og sykepleierstudenter. På bakgrunn av disse studiene ble det opprinnelige begrepsapparatet utvidet og videreutviklet av Corbin og Strauss med flere(Gjengedal & Hanestad, 2007). ”Ved hjelp av forskningstilnærmingen Grounded theory, som de hadde utviklet, avdekket de en rekke problemområder i dagliglivet som kronisk syke måtte lære å takle”(Lerdal, A. & Fagermoen, M. S., 2011, s. 23).

Begrepet trajectory, som betyr bane eller kurs, ble brukt som en metafor på et kronisk sykdomsforløp(Gjengedal & Hanestad, 2007). Begrepet ble utviklet på bakgrunn av innsikten forskerne fikk i forbindelse med forskning på døende, at døden er en prosess, noe som skjer over tid. Slik tenkte de at det å leve med kronisk sykdom også er et forløp over tid. ”The trajectory framework is a conceptual model built around the idea that chronic conditions have a course that varies and changes over time. This illness course can be shaped and managed”(Corbin, J. M. & Strauss, A., 1991, s. 156).

Corbin & Strauss (1991) skriver at forløpet av sykdommen påvirkes av innsatsen til både individet, familien og helsepersonell. Forløpet kan være usikkert, selv om en sykdomsdiagnose eller symptomene kan fortelle noe om hva som venter en. Faktorer som symptomhåndtering, hvordan man takler tilleggsproblemer som oppstår og andre tiltak som iverksettes kan forandre forløpet av sykdommen. Mye avhenger av individet selv.

Gjengedal & Hanestad (2007) har på bakgrunn av rammeverket laget en figur som illustrerer begrepsapparatet (se Figur 1). Det teoretiske rammeverket som i sin helhet danner teorien om modellen for sykdomsforløp vil heretter kalles sykdomsforløpsmodellen, etter Gjengedal & Hanestad's (2007) oversettelse.

Sykdomsforløpsmodellen består av flere komponenter som påvirker kursen av forløpet i den ene eller andre retningen. Sykdomsforløpet kan befinne seg i ulike faser, og Corbin & Strauss (1991) beskriver 8 faser. Norsk oversettelse av fasene er hentet fra Gjengedal & Hanestad (2007). Innen hver av fasene finnes potensiale for daglige vekslinger og for stillstand eller endring mot bedring eller forverring. Disse kalles for subfaser. Fasene og subfasene er ikke nødvendigvis lineære i utvikling.

Den *forebyggende* fasen er før det finnes tegn til symptomer og før sykdomsforløpet oppstår. *Diagnosefasen* beskrives som fasen der tegn og symptomer på sykdom blir synlige, og diagnosen blir stilt (Corbin & Strauss, 1991). I diagnosefasen går ”mye tid og oppmerksomhet (...) med til å forsøke å finne ut hva som skjer” (Gjengedal & Hanestad, 2007, s. 17).

Neste beskrevne fase er *kriser*, hvor kritiske situasjoner krever livreddende behandling, mens *akutte* faser også krever innleggelse, for eksempel fordi sykdommen blomstrer opp eller komplikasjoner oppstår. *Stabile* faser er når en har kontroll på symptomer, mens *ustabile* faser er hvor symptomene ikke er under kontroll, eller er vanskelige å holde i sjakk.

Sykehusinnleggelse i ustabile faser er ikke nødvendig. Faser med *forverring*, viser til økning i funksjonshemming eller symptomer av både fysisk og psykisk status. Siste fase, *døden*, beskrives som når døden er ventet innen kort tid, fra uker til timer (Corbin & Strauss, 1991).

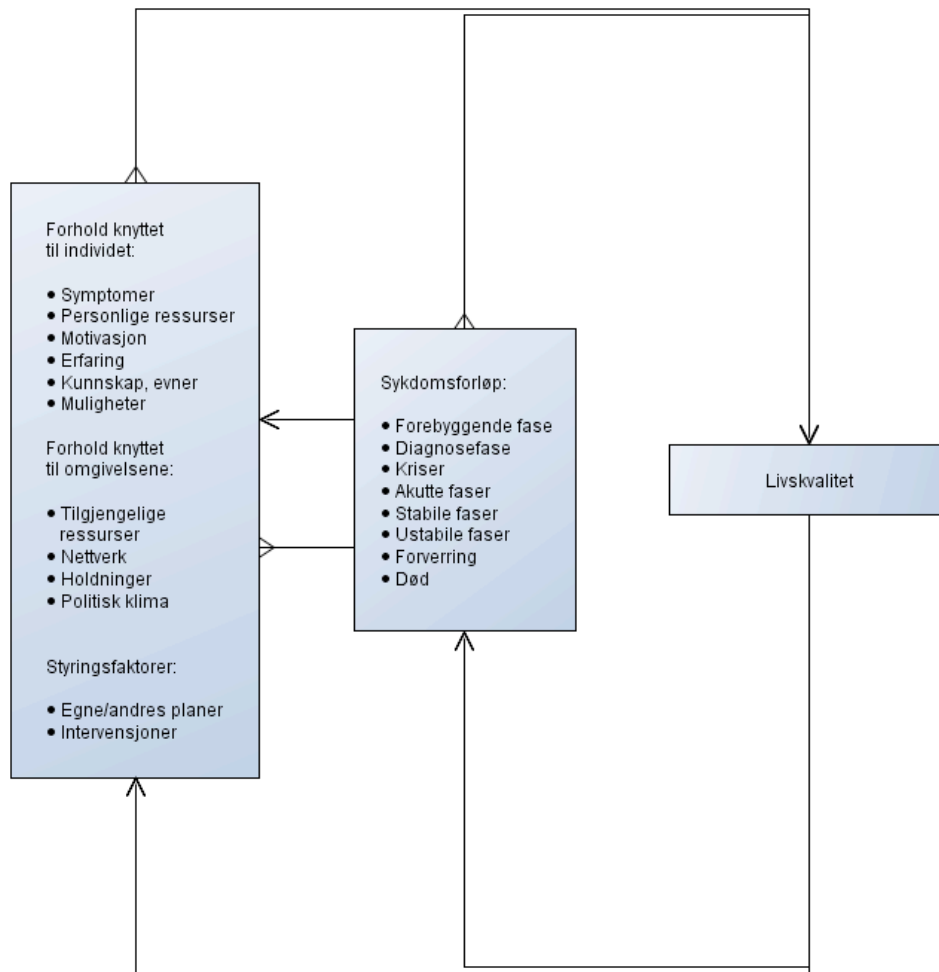
Corbin & Strauss (1991) skriver at mennesker som får kroniske sykdommer har ulike oppfatninger og forventninger om hva dette betyr for fremtiden. Spørsmål som; hva som vil skje, tidsperspektiv og betydningen av dette for meg og mine vil dukke opp. En som får kreft kan for eksempel forestille seg at dette betyr at han/hun kommer til å dø. Dette kan føre til motivasjon til å ta noen drastiske grep for endring eller til at vedkommende innfinner seg med sin situasjon og lar det som måtte skje komme. Hvert individ har sin egen oppfatning eller idé om hva diagnosen medbringer, og disse idéene formes av kunnskap, hva andre sier, erfaring og tro.

Corbin & Strauss (1991) skriver også om tre ulike planer for påvirkning av sykdomsforløpet, hvor det skilles mellom tiltak med mål om å endre sykdomsforløpet i sin helhet, kontroll av symptomer etter hvert som de oppstår eller å håndtere funksjonshemming. Forskerne nevner herunder, i tillegg til medisinsk behandling, akupunktur, diett, meditasjon, bønn og positiv tenkning, som alternativer.

Faktorer som påvirker sykdomsforløpet er mange, og Corbin & Strauss (1991) nevner blant annet ressurser som; sosial støtte, kunnskap og informasjon, arbeidskraft, tid og penger. Tidligere erfaringer med sykdommen, motivasjon til å iverksette tiltak og om individet får hjelp i hjemmet eller på institusjon, er andre faktorer som har innvirkning på forløpet. Livsstilsfaktorer og hvordan individet og andre involverer seg er også av betydning. Ikke minst påvirkes håndteringen av sykdommens alvorlighetsgrad og symptombelastning, og hvor alvorlig utfallet er for fysisk funksjon (Corbin & Strauss, 1991). Noen faktorer ligger innenfor individet, og hans/hennes næres kontroll, de er "likely to directly impinge on their management of the illness" (Corbin & Strauss, 1991, s. 164). Andre faktorer er utenfor ens kontroll, blant annet tilgjengelige ressurser og politisk klima. Det finnes mange faktorer som påvirker håndtering av sykdomsforløpet. De varierer fra individ til individ og påvirker hverandre i positiv og negativ retning (Corbin & Strauss, 1991).

Corbin & Strauss (1991) skriver at en av de viktigste faktorene som påvirker sykdomsforløpet, og gjerne i negativ retning, er mengden av ulike teknologiske intervensjoner som benyttes i medisinsk behandling og sykepleie. De mener at dette bidrar til mindre personlig omsorg, noe som går utover fokus på pasienten, også følelsesmessig, og de pårørende. "Management can be greatly complicated by this technology" (Corbin & Strauss, 1991, s. 163).

Faktorene som påvirker sykdomsforløpet er kategorisert av Gjengedal & Hanestad (2007) som forhold knyttet til individet, til omgivelsene og styringsfaktorer (Gjengedal & Hanestad, 2007), og disse kan enten hjelpe, hindre eller komplisere håndteringen av sykdommen. (Se figur 1).



Figur 1. Sykdomsforløpsmodellen. (Hentet fra Gjengedal & Hanestad, 2007, s. 18).

Corbin & Strauss (1991) skriver at hovedmålet med disse faktorene er å opprettholde livskvalitet gjennom sykdomsforløpets ulike faser, enten målet er å endre sykdomsforløpet i sin helhet, kontroll av symptomer etter hvert som de oppstår eller og håndtere funksjonshemming. ”Selv om livskvalitet i denne modellen er et <<endepunkt>>, vil ikke det si at livskvalitetsopplevelsen ikke igjen er med på å styre påvirkningsforholdene og selve sykdomsforløpet”(Gjengedal & Hanestad, 2007, s. 17). Derfor går pilene i figur 1 både til og fra livskvalitet.

På bakgrunn av sykdomsforløpsmodellen, revidert og videreutviklet ved ny forskning, ble det utviklet en sykepleiemodell for hvordan en retter pleie og omsorg til kronisk syke i praksis(Gjengedal & Hanestad, 2007). Corbin & Strauss (1991) mener at begrepsapparatet også kan benyttes i forskning, utdanning og politiske beslutningsprosesser. De mener at

begrepsapparatet belyser hvor viktig sykepleierens rolle og funksjon er i arbeidet med kronisk syke, samt at det bringer frem klarhet i hvorfor helsetjenestene ikke fungerer som det burde i arbeidet med å ivareta/leve med kronisk sykdom. For mye tid brukes på teknisk pleie, enten i hjemmet eller på institusjon, og dette går ut over viktige sykepleieroppgaver som opplæring, problemløsning, veiledning, gi emosjonell støtte med mer. Sykepleien til mennesker med kroniske sykdommer har behov for forandringer både på filosofisk, praktisk, utdannings-, forsknings- og politisk nivå. ”Until such changes are made, patients with chronic conditions will continue to receive less than adequate care and will be more likely by far to have problematic illness courses”(Corbin & Strauss, 1991, s. 172).

2.2 Sense of coherence

Antonovsky, A. (2012) ”snublet” over noen interessante funn da han forsket på tilpasning til overgangsalderen hos kvinner. Det han oppdaget var helt på sidelinjen av hva han opprinnelig var opptatt av. Gjennom analyser av data så han at en stor andel av kvinnene som deltok i undersøkelsen hadde vært i konsentrasjonsleirer, og at 29% av disse kvinnene hadde rimelig god psykisk helse. Dette syntes han var interessant og ønsket å finne ut hva som bidro til at disse kvinnene ikke hadde dårlig psykiske helse. Antonovsky skriver selv at dette var ”den oppsiktsvekkende erkjennelsen som sparket i gang arbeidet med å utforme det jeg etter hvert ga navnet den salutogene modell (...)”(Antonovsky, 2012, s.15).

Antonovsky (2012) stiller det salutogene spørsmålet; hva er det som skaper god helse? Hans salutogene modell bygger på at helse er et kontinuum mellom helse og uhelse, og ”salutogenese handler om å finne ut hvor på kontinuumet hver enkelt person til enhver tid befinner seg”(Antonovsky, 2012, s.27). Helse som kontinuum er en motsats til det tradisjonelle medisinske perspektivet, hvor fokus er på sykdom, hvor man i utgangspunktet skiller mellom friske og syke mennesker, et dikotomi. I følge Antonovsky (2012) blir det feil å klassifisere mennesker som enten friske eller syke, da man aldri er bare syk eller frisk. Han skriver at: ”heterostase, aldring og økende entropi er iboende trekk ved alle levende organismer”(Antonovsky, 2012, s.35), og sykdom er dermed en naturlig forekomst hos alle. Det som er mer interessant er å plassere mennesker på et kontinuum mellom helse og uhelse, slik at vi ikke kun fokuserer på sykdom og avvik, men heller kan spørre oss hvordan vi kan bevege oss mot helseenden av kontinuumet.

Antonovsky (2012) skriver at dersom man er patogent orientert, med andre ord primært opptatt av sykdomstilfellet og ikke hele historien rundt mennesket, er det lett å overse viktige ting som kan bidra til helse. Har man en salutogen tilnærming vil man i det minste få en dypere forståelse og kunnskap om hele mennesket, hvilket, for å nærme seg helseenden på kontinuumet, er en forutsetning. Salutogen tilnærming løser ikke alle problemer, men kan bidra til å sette i gang helsebringende krefter i individer. Antonovsky (2012) understreker at han ikke ønsker at det patogene perspektivet skal forkastes, men at patogenese og salutogenese bør komplementere hverandre.

Antonovsky utviklet et begrep han kalte "sense of coherence"(SOC) og i følge ham selv var SOC hans svar på det salutogene spørsmålet. Han bruker også metaforen "livets elv". Elven er forurenset, og består blant annet av både stille vann, virvelstrømmer og farlige stryk. SOC er med på å bestemme hvor godt en person klarer å svømme i denne elva.

På norsk oversettes SOC til opplevelse av sammenheng, forkortet til OAS. I oppgaven vil jeg bruke forkortelsen SOC.

Begrepet SOC består av de tre kjernekomponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Mæland, J. G. (2009, s. 82) beskriver de tre komponentene slik: "1) at man opplever verden som forståelig(den kognitive komponent), 2) at man har en opplevelse av mestring (den instrumentelle komponent), og 3) at tilværelsen oppleves som meningsfull(den motivasjonelle komponent)".

Begripelighet beskrives som i hvilken grad man opplever at stimuli, "i det indre eller ytre miljø, er kognitivt forståelig, som velordnet, sammenhengende, strukturert og klar informasjon"(Antonovsky, 2012, s. 39 - 40). Opplever man stimuli som uforståelig, kaotisk og uventet, kan det betegnes som støy som er lite begripelig. Begrepet forstås som en måte en person kan oppfatte og bedømme virkeligheten, fremfor å plassere hendelsen eller stimuli "utenfor" ens kontroll, for eksempel "det går nok bra til slutt"(Antonovsky, 2012, s. 40). I stedet for å tenke at dette er utenfor ens kontroll oppfattes situasjonen som noe man kan håndtere, eller som en utfordring man kan tåle.

Håndterbarhet beskriver "i hvilken grad man opplever at man har tilstrekkelige ressurser til rådighet til å kunne takle kravene man blir stilt overfor av stimuliene man bombarderes

med”(Antonovsky, 2012, s. 40). Disse ressursene kan være av den sort man selv har kontroll på, eller av den sort en annen eller andre legitime har kontroll over. Legitime andre kan være en livsledsager, venn, legen eller Gud med flere. Denne andre er en man har tillit til. Den som opplever å håndtere stimuliene en utsettes for utgir seg ikke for et offer, men takler de, og går videre, eller lærer seg måter å leve med det.

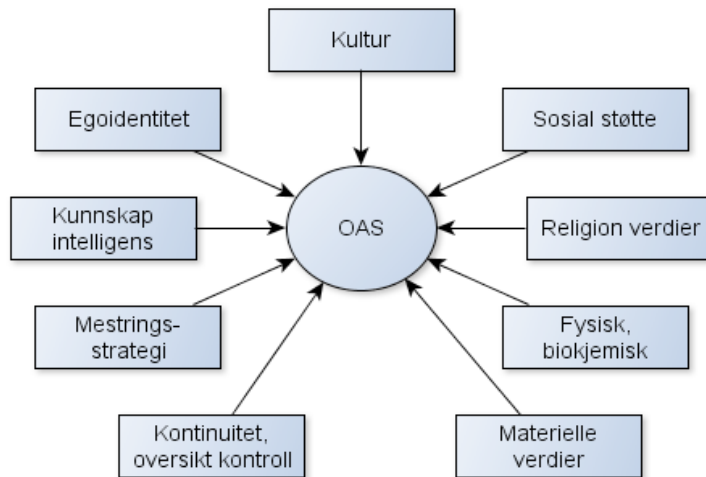
Meningsfullhet, den motivasjonelle komponenten, handler om å forstå livet rent følelsesmessig. Selv om livet byr på utfordringer og problemer finnes det noe som er verdt å kjempe for, som gir en motivasjon, vilje, til å møte utfordringer. Slik forklares meningsfullhet som vilje til å engasjere seg i sitt eget liv og ikke gi opp håpet.

Disse tre komponentene danner til sammen begrepet SOC, og Antonovsky (2012, s. 42) skriver at ”de tre komponentene er uløselig knyttet til hverandre”. Det er ikke slik at man enten har sterk eller svak opplevelse av både begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. De tre komponentene befinner seg i en dynamiske sammenheng, og man kan for eksempel ha høy begripelighet, lav håndterbarhet og høy meningsfullhet, noe som indikerer press oppover på SOC-skalaen, i retning av endring. Hvilken retning endringene tar, mot sterk eller svak SOC, er det opplevelse av mening som bestemmer. Dermed blir også meningskomponenten mest sentral av de tre. Da håndterbarhet forutsetter at en har forståelse, blir begripelighet plassert som nest viktigst. Håndterbarhet er allikevel viktig, da mangel på tilgjengelige ressurser kan ”svække opplevelsen av mening og viljen til å mestre situasjonen. God mestring avhenger altså av OAS samlet sett”(Antonovsky, 2012, s.44).

For å oppsummere, Antonovsky stiller spørsmålet: hva er det som skaper god helse, og svarer at god helse skapes ved hjelp av sterk SOC, og sterk SOC er en forutsetning for god mestring. Men hva er det man skal mestre og hvordan? Hva er disse stimuliene han nevner, som vi bombarderes med?

Livet byr på stressfaktorer, og disse er en del av det å være menneske. Stressfaktorer kan være så å si alt mellom himmel og jord, og defineres som ”krav som det ikke finnes noen umiddelbar eller automatisk adaptiv respons på”(Antonovsky, 2012, s. 50). Stressfaktorer kan skape en spenningstilstand, og det er denne spenningstilstanden som må håndteres. Også fraværet av generelle motstandsressurser kan utgjøre en stressfaktor. Generelle motstandsressurser er de forhold som beskytter mot stressfaktorer, og som med stressfaktorer kan også generelle motstandsressurser være så mangt. Penger, religion og kulturell stabilitet

er eksempler på dette, men viktigst er egostyrke og sosial støtte. De generelle motstandsressursene er det som styrker SOC, ved at livsopplevelser får preg av indre sammenheng, at man er delaktig i livsopplevelsene og at de er i balanse mellom over- og underbelastning. Langeland (2011) har laget en figur som presenterer en del av de generelle motstandsressursene.



Figur 2. Generelle motstandsressurser (Hentet fra Lerdal & Fagermoen, 2011, s. 213).

Når livsopplevelser blir preget av stressfaktorer kommer man ut av denne balansen mellom over- og underbelastning. Men stressfaktorer kan også være berikende og bidra til sterkere dragning mot helseenden av kontinuumet, dersom man mestrer disse (Antonovsky, 2012). Antonovsky skriver også at man kan se de ulike motstandsressursene som kontinuum. Ta for eksempel sosial støtte. En person som opplever å ha sterk sosial støtte plasseres høyt på kontinuumet sosial støtte og vice versa. Der hvor en person plasseres lavt på kontinuumet sosial støtte betegnes det som et motstandsunderskudd.

Antonovsky deler stressfaktorene inn i tre typer; kroniske stressfaktorer, vesentlige livsbegivenheter og akutte, daglige irritasjonsmomenter. Kroniske stressfaktorer er *livssituasjoner*, som beskriver i stor grad hvordan livet til en person er. Eksempler er personlighet, sosiale roller eller kultur. De kroniske stressfaktorene bidrar til enten sterk eller svak SOC, og er, avhengig av utfallet på kontinuumet enten generelle motstandsressurser eller motstandsunderskudd. Da disse stressfaktorene er langvarige bestemmer de i stor grad hvilket SOC-nivå man ligger på.

Vesentlige *livsbegivenheter* er avgrensede hendelser og Antonovsky kaller dem stressende livsbegivenheter. Dødsfall, enestående personlige prestasjoner og familieførøkelse er eksempler på slike livsbegivenheter. Det er følgene av disse begivenhetene som er viktige, og følgene kan vanskelig forutsies i forkant. ”Det er OAS-nivået til personen som opplever slike begivenheter, som bestemmer om utfallet blir skadelig, nøytralt eller helsebringende”(Antonovsky, 2012, s. 51). Daglige irritasjonsmomenter er ofte små hendelser i hverdagen, og Antonovsky beskriver dem som lite interessante da de i liten grad vil ha innvirkning på ens SOC eller helsetilstand. Men dersom de daglige irritasjonsmomentene blir vedvarende og store i antall, kan de gå over i betegnelsen livssituasjon.

Når man opplever stressfaktorer, kroniske eller daglige irritasjonsmomenter, er man stilt ovenfor et problem. Problemet består av to sider, problemløsning, også kalt det instrumentelle aspektet, og følelsesregulering. Her befinner man seg i en spenningstilstand. Antonovsky mener at en person med sterk SOC lettere tilpasser seg ulike situasjoner og lettere opplever stimuli som ikke-stressfaktorer. Personen med sterk SOC vil derfor ikke oppleve denne spenningen som potensielt stressende. Her trekker han paralleller til Lazarus definisjon på stress, hvor man har en primær bedømming-I(Antonovsky, 2012, s.143). Når en først opplever stimuli som stress, må en primær bedømming-II foretas. Her finnes stress, hva nå? Er denne situasjonen positiv eller negativ, truende eller irrelevant? Her vil en person med sterk SOC raskere kunne definere stressfaktoren som godartet og være under overbevisning om at spenningen vil avta.

Videre påstår han at personer ”med en sterk OAS sannsynligvis vil vurdere en stressfaktor som mer gledelig, mindre konfliktfylt og mindre farlig enn en person med en svak OAS”(Antonovsky, 2012, s. 146). Truende stressfaktorer vil ved sterk SOC utløse følelse av tristhet, sinne og sorg, mens ved svak SOC vekkes følelsen av fortvilelse, skam og forlatthet. Skille her er at de førstnevnte følelsene vekker motivasjon til handling, de andre virker lammende. Når følelsene vekker motivasjon er vi inne på komponenten ”opplevelse av mening” og mestringsmekanismer aktiveres, i stedet for forsvarsmekanismer, som ved de lammende følelsene.

Sterk SOC er alltid et fortrinn, da ”en generell forventning om at stressfaktorer er meningsfulle og begripelige, utgjør det motivasjonsmessige og kognitive grunnlaget for mestring og for å hindre at spenning omdannes til stress”(Antonovsky, 2012, s. 148). Med bakgrunn i dette forklarer Antonovsky at en person med sterk SOC vil mestre helserelaterte problemer, som

for eksempel kronisk sykdom, ved adaptasjon til denne kroniske stressfaktoren, bedre. Denne personen vil vise helsefremmende atferd i større grad en personen med lav SOC.

I følge Antonovsky er SOC sterkt betinget av sosial klasse, samfunn og historie, da disse i stor grad bestemmer hvilke generelle motstandsressurser vi har til rådighet og dermed også mønstre for livsopplevelser som plasserer oss på SOC-kontinuumet.

Kort fortalt mener Antonovsky at SOC, i stor grad, er en fast variabel, betinget av de overnevnte faktorene. SOC etableres gjennom barne- og ungdomstadiet, på bakgrunn av livsopplevelsesmønstre, et resultat av en balanse mellom generelle motstandsressurser- og underskudd. Men det er i voksenstadiet at plasseringen på SOC-skalaen i stor grad befestes. Som tidligere nevnt er komponentene i SOC i dynamisk bevegelse, så det er ikke da sagt at en aldri kan forflytte seg opp eller ned på skalaen. Antonovsky beskriver svingninger i SOC rundt en middelvei, hvor hendelser midlertidig kan forflytte SOC opp eller ned på skalaen. Han skriver at det allikevel kan være mulig å bevisst gå inn for å endre en persons SOC, men da på et høyt nivå som for eksempel på et organisatorisk nivå eller i nasjonal kontekst(Antonovsky, 2012).

3.0 Metode

I dette kapitlet presenteres den metodiske tilnærming som ble brukt i oppgaven. Her vil jeg redegjøre for fremgangsmåten ved innhenting av data, samt hvordan jeg bearbeidet og analyserte dem. Jeg vil også redegjøre for min bakgrunn og forforståelse og belyse hvordan jeg ivaretar gyldighet og pålitelighet i forskningsprosessen.

3.1 Bakgrunn for valg av metode

Jeg valgte tema for oppgaven ut ifra min personlige interesse for det. Deretter utførte jeg primærsøk for å få oversikt over foreliggende forskning. Jeg fant et betydelig materiale på kunnskapsbasene, og dette vekket ønsket om gå i dybden på hva som forelå av kunnskap på temaet. På bakgrunn av den forskningen jeg fant i primærsøket, så jeg at det var lite forskning på hvordan den psykiske helse kunne ivaretas hos mennesker med kronisk sykdom. Jeg formulerte problemstillingen og forskningsspørsmålene, og intensjonen var å få svar på forskningsspørsmålene mine i det foreliggende forskningsmaterialet. Jeg kunne valgt å foreta

intervjuer av mennesker med kronisk sykdommer, men på grunn av den sensitive naturen i problemstillingen, samt tidsaspektet og det faktum at jeg hadde tilgjengelig mye kunnskap i forskningsartiklene i databasene, valgte jeg litteraturstudie. I tillegg, da jeg også ønsket å utforske muligheten for forebygging av psykiske plager og lidelser, ville dette bydd på metodologiske og tidsmessige utfordringer. Det hadde krevd studier som var longitudinelle i design, og med tanke på min manglende erfaring som forsker, samt at dette ville være både tidkrevende og kostbart falt som sagt valget på litteraturstudie. Ved litteraturstudie ville jeg få svar på forskningsspørsmålene, samtidig som jeg ble ferdig til fastsatt tid.

3.2 Metode for datainnsamling

Metode er ”en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”(Dalland, 2007, s. 81).

Man skiller ofte mellom kvalitativ og kvantitativ metode, og den metoden som benyttes er den som gir den typen kunnskap man er ute etter å finne.

Kvalitativ metode er karakteristisk ved at vi søker forståelse av sosiale fenomener. Man går i dybden på det man studerer. ”(...) Kvalitative metoder fremhever innsikt mens de kvantitative fremhever oversikt, eller (...) kvalitative metoder søker forståelse, mens kvantitativ søker forklaring”(Tjora, 2010, s. 19). Det finnes mange forskjellige måter å gjennomføre kvalitative undersøkelser, og fraværet av én hovedretning innen analyse er kjennetegnet på kvalitative undersøkelser. Fordi det finnes forskjellige måter å utføre kvalitative undersøkelser er det viktig med transparens, at man viser trinn for trinn hvordan vi kom frem til resultatene av forskningen. Alle fasene i prosessen må beskrives(Johannesen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L., 2011). Analyse av foreliggende tekster er en kvalitativ fremgangsmåte(Thagaard, T., 2010). Kvantitative metoder har den fordelen at man kan forske på mange enheter, som for eksempel ved spørreskjema. Dette gir større mulighet for å generalisere fra utvalget, slik at vi med større sikkerhet kan si noe om hvordan et fenomen er for folk flest. Ved kvalitativ metode går vi i dybden og får en mer detaljert forståelse av fenomenene vi undersøker.

I denne oppgaven benyttet jeg litteraturstudie som fremgangsmåte. Friberg, F. (2012) beskriver litteraturstudier som enten beskrivende eller syntetiserende ”litteraturoversikter”. Både beskrivende og syntetiserende litteraturoversikter kjennetegnes ved at en foretar et systematisk valg av tekster innenfor et avgrenset område. Tekstene kan både være av kvalitativ og kvantitativ metode, men i utvalgsprosessen av tekstene, er det viktig å ha et kritisk blikk, både i forhold til hvordan og hvorfor vi velger de tekstene vi velger, når vi leser dem og gjennom hele skriveprosessen.

I oppgaven støttet jeg meg mye til Friberg’s (2012) beskrivelse for gjennomføring av en litteraturstudie, hvor jeg først fikk ett overblikk over hva som fantes av litteratur på temaet, før jeg systematisk gjennomgikk litteraturen og begrenset den til artikler som kunne svare på mine forskningsspørsmål. Deretter studerte jeg litteraturens kvalitet og satt igjen med det som utgjorde mine data. Innsamlingen av data beskrives mer inngående under kapittel 3.4. Analysen og analyseprosessen presenteres senere.

3.3 Egen bakgrunn og forforståelse

Både som person, sykepleier og student hadde jeg med meg erfaringer og en forforståelse som kunne påvirke både hvordan jeg samlet inn, leste, valgte og presenterte artiklene. Det kunne også påvirke hvordan jeg analyserte og diskuterte funnene. Denne oppgaven, fra start til slutt, var en prosess, og underveis kunne min forforståelse påvirke det endelige resultatet. Det var viktig å være bevisst på at mine tidligere erfaringer og forforståelse kunne farge mine funn og drøftingen rundt denne, slik at jeg ikke var objektiv nok. En kontinuerlig refleksjon rundt dette var derfor viktig. I kvalitativ forskning, hvor forskeren står i nær kontakt til forskningsobjektene er det umulig å være helt objektiv. For å kunne forstå virkeligheten er vi mennesker avhengige av forforståelsen. Vi har alle en forforståelse, bestående av erfaringer, oppfatninger og kunnskap. Forforståelsen bruker vi til å tolke det som skjer rundt oss, ofte skjer dette ubevisst (Johannessen et al., 2011). Som Thagaard (2010, s.159) sier utvikler forskeren ”en forståelse som er basert på interaksjon mellom tendenser i dataene og forskerens forforståelse og faglige forankring”.

3.4 Fremgangsmåte ved innhenting av data

Jeg tok utgangspunkt i forskningsbasert litteratur. For å finne frem til denne litteraturen benyttet jeg meg av flere kilder, men hoveddelen av mine data fant jeg gjennom biblioteket ved UiS sine databaser. I søkeprosessen benyttet jeg Östlundh, L. (2012) sin guide i informasjonssøking. Først gjorde jeg innledende søk hvor jeg gikk bredt ut med søkeord. Slik fikk jeg oversikt over hva som fantes av forskning på temaet. Da problemstilling og forskningsspørsmål var på plass startet jeg det ”egentlige informasjonssøket”(Östlundh, 2012). Gjennom søkeprosessen, som gikk over en måned, fra 15. desember til 15. januar, fikk jeg mange treff, avhengig av kombinasjonene av søkeordene. Jeg leste flere hundre titler og mer enn 100 abstracts. Slik fant jeg 29 artikler som jeg leste grundigere før jeg fikk et utvalg på 10 artikler som møtte mine inklusjonskriterier.

3.4.1 Inklusjonskriterier for artiklene

I denne studien valgte jeg å forholde meg åpent til artikler med forskning både ved kvantitative og kvalitative metoder. Det viktigste inklusjonskriteriet var at artiklene omhandlet temaet og at de inneholdt informasjon som ville gi svar på forskningsspørsmålene mine. Av hensyn både til mangfold og at ikke informasjonen skulle være utdatert, skulle artiklene være publisert de siste ti årene, mellom 2003 – 2013. Artiklene skulle være utgitt på engelsk eller nordisk språk og være fagfellevurderte.

3.4.2 Databaser/kilder for søk

Databasene jeg søkte i var: Academic Search Elite, Cinahl, Cochrane Library, Google scholar, Medline, Norart, PsycInfo, Scopus og SveMed+.

Jeg valgte disse databasene da de alle favnet over feltet helsefag, samtidig som de representerte ulike fagområder innen helsefag. I tillegg ønsket jeg å finne litteratur som var publisert i norske eller nordiske tidsskrifter.

Ikke alle databasene jeg søkte i gav resultater. De som ga treff var Academic Search Elite, Cinahl, Medline og PsycInfo.

Jeg brukte også pensumlitteratur fra tidligere fag for å undersøke om disse henviste til aktuelle artikler jeg kunne benytte i oppgaven. Jeg søkte også gjennom referansene til de

artiklene jeg valgte, for å se etter andre artikler som kunne være relevante. Offentlige publikasjoner lastet jeg ned fra nettet eller bestilte dem i papirformat fra nettet.

3.4.3 Søkestrategier

Søkeordene jeg brukte var: kronisk sykdom, kronisk somatisk sykdom, psykisk helse, psykiske uhelse, forebygging og helsefremming. Chronic disease/illness, chronic medical/somatic/physical disease/illness, psychological, mental health, mental distress, health promotion og prevention.

Søkene ble først og fremst foretatt på engelsk, men i de norske/nordisk databasene ble også norske søkeord brukt. Søkeordene ble brukt enkeltvis og i kombinasjon med hverandre. Ved søk på flere ord eller ordsammensetninger ble AND, OR og NOT ofte brukt. Dette kalles boolsk søketeknikk (Östlundh, 2012). Trunkering var også nyttig i enkelte sammenhenger. Ved trunkering brukes for eksempel tegnet ”*”, men dette varierer fra de ulike databasene. Ved å skrive ordstammen av et ord, for så å bruke trunkering, kan man finne ulike endinger eller bøyninger av ordet. Søkeordet promotion vil ved trunkering, ”promot*”, finne både promote, promotion og promoting. Slik vil søket kunne være mer effektivt. ” Östlundh (2012) skriver at trunkering bør benyttes ved de fleste søkeord, men ikke dersom ordet blir for generelt. ”Prom*” er for generelt og vil i tillegg kunne generere treff på prom (skoleball), promise og prompte.

Før jeg kom frem til søkeordene som ble brukt, benyttet jeg de ulike databasenes synonymordlister. Dette gjorde jeg for å sikre meg at ordene jeg brukte var best mulig egnet for å finne det jeg søkte, og at det ikke fantes andre og mer dekkende søkeord. Jeg brukte mye tid på å sette meg skikkelig inn i søkeprosessen, hva som var gode søkestrategier og hvordan jeg skulle sikre at de treffene jeg fikk var gyldige. Jeg tok også søkekurs, i regi av universitetsbiblioteket, og benyttet meg av personlig veiledning fra en kyndig bibliotekar, for å være sikker på at jeg benyttet meg av databasene og søkestrategiene på en best mulig måte.

3.4.4 Valg av artikler

Jeg valgte artiklene som danner grunnlag for analysen på bakgrunn av deres innhold. De valgte artiklene skulle kunne belyse og besvare mine forskningsspørsmål. På bakgrunn av dette valgte jeg bort artikler som fokuserte på kun medisinsk behandling. Mange av artiklene som genererte treff omhandlet mennesker som hadde kroniske sykdommer, men psykiske

lidelser som grunndiagnose. Disse valgte jeg bort. Det var vanskelig å finne rette kombinasjonen av søkeord som gjorde at disse artiklene ikke dukket opp i treff. Derfor ble denne ekskluderingen ofte gjort ved å lese titler og abstrakter.

Når jeg hadde søkt i alle databasene satt jeg igjen med 29 artikler. Disse ble vurdert med et kritisk blikk. Jeg var også oppmerksom på tidsskriftet artiklene var publisert i, selv om dette ikke i seg selv var et avgjørende kriterium for om artiklene ble benyttet eller forkastet.

Artiklene som ble ekskludert var de som var mindre relevante for å kunne svare på forskningsspørsmålene. Til slutt satt jeg igjen med 10 artikler, disse presenteres i neste avsnitt i Tabell 1.

3.5 Tabell 1: Presentasjon av artiklene

Forfattere /År	Tittel	Hensikt/mål	Metode	Hovedfunn	Styrker /svakheter
Beekman, Smit, Stek, Reynolds & Cuijpers, 2010	Preventing depression in high-risk groups	Vurdere foreliggende litteratur på forebygging av depresjon hos risikogrupper	Kvalitativ metode: Litteraturoversikt (review)	Forebygging er effektivt og bør benyttes i ”bekjempelsen” av depresjon	Studien gjennomgikk foreliggende RCT-studier med 95% konfidensintervall. / Forskerne drøfter ikke egen metodiske styrker og svakheter
Beltman, OudeVoshaar & Speckens, 2010	Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: meta-analysis of randomised controlled trials	Vurdere effekten av kognitiv atferdsterapi ved flere kroniske sykdommer	Kvantitativ metode: Meta-analyse av RCT-studier	Kognitiv atferdsterapi reduserer depressive symptomer betraktelig, spesielt hos individer som treffer diagnosekriteriene for depresjon	Tydlig fremstilling av de ulike studiene i tabeller med statistiske analyseverktøy. Forskerne drøfter egne metodiske styrker og svakheter. Viser til implikasjoner for praksis og videre forskning
Cimpean & Drake, 2011	Treating comorbid chronic medical conditions and anxiety/depression	Undersøke intervensjoner rettet mot mennesker med kronisk sykdom og de komorbide lidelsene depresjon og angst	Kvalitativ metode: Systematisk litteraturoversikt (systematic review)	De fleste intervensjonene viste bedring i de psykiske lidelsene, men ikke på grunnlidelsen.	Tydlig fremstilling av de ulike studiene i tabeller og i teksten. / Forskerne drøfter ikke egne metodiske styrker og svakheter

<p>Curtis, Groarke, Coughlan & Gsel, 2004</p>	<p>The influence of disease severity, perceived stress, social support and coping in patients with chronic illness: a 1 year follow up</p>	<p>Å utforske i hvilken grad psykologisk stress, sosial støtte og kliniske sykdomsindikatorer kan forutsi fysisk, sosialt og psykologiske velvære hos kvinner med reumatologisk artritt (RA)</p>	<p>Kvantitativ metode med statistiske analyser som Cronbach's alpha og test - retest</p>	<p>Sykdomsstatus i RA hadde ikke sammenheng med psykologisk eller sosial tilpasning. Oppfattet stress og mestring var bedre indikatorer på positive og negative følelser og psykisk helse</p>	<p>Tydlig fremstilling av studien med statistiske analyseverktøy. Forskerne drøfter egne metodiske styrker og svakheter. Viser til implikasjoner for praksis/ Har ikke implikasjoner til videre forskning. Få deltakere (N=52)</p>
<p>DeJonge, Hadj, Boffa, Zdrojewski, Dorogi, So, Ruiz & Stiefel, 2009</p>	<p>Prevention of major depression in complex medically ill patients: preliminary results from a randomized, controlled trial</p>	<p>Å utforske om en multi-fasettert intervensjon, utført av psykiatrisk sykepleier kunne redusere forekomsten av alvorlig depresjon hos pasienter med reumatologiske sykdommer og diabetes</p>	<p>Kvantitativ metode med RCT, foreløpige resultater.</p>	<p>De foreløpige resultatene tyder på at det er mulig å forebygge alvorlig depresjon hos pasientene, og redusere depressive symptomer hos de med diabetes</p>	<p>Tydlig fremstilling av resultater i tabeller og figurer. Forskerne drøfter egne metodiske styrker og svakheter. Det gis implikasjoner til videre forskning. /Intervensjonen utført på få deltakere (N=47)</p>
<p>Goulia, Papadimitriou, Machado, Mantas, Pappa, Tsianos, Pavlidis, Drosos, Carvalho & Hyphantis, 2011</p>	<p>Does psychological distress vary between younger and older adults in health and disease</p>	<p>Å se på om det finnes forskjeller i psykologisk stress mellom yngre og eldre med og uten kronisk sykdom</p>	<p>Kvantitativ metode med statistiske analyser som kji-kvadrat (χ^2) og logistisk regresjonsanalyse</p>	<p>Yngre med kronisk sykdom er mer sårbare for psykologisk stress, inkludert angst, depresjon, sinne og somatiske symptomer</p>	<p>Tydlig fremstilling av resultater i tabeller og figurer. Forskerne drøfter egne metodiske styrker og svakheter. Det gis implikasjoner til videre</p>

					forskning. Høy responsrate (N=949/ 519)
Kiviruusu, Huurre & Aro, 2007	Psychosocial resources and depression among chronically ill young adults: Are males more vulnerable?	Å se på sammenhengen mellom kronisk sykdom og depresjon, og rollen psykososiale ressurser og kjønn har på denne sammenhengen	Kvantitativ metode med statistiske analyser, χ^2 , multivariat- og logistisk regresjonsanalyse, basert på en kohort-studie	Menn har høyere risiko for å utvikle depresjon, psykososiale ressurser spiller en viktig rolle mellom sammenhengen mellom kronisk sykdom og depresjon	Tydlig fremstilling av resultater i tabeller. Forskerne drøfter egne metodiske styrker og svakheter. Gir implikasjoner til praksis./ Gir ikke forslag til videre forskning.
Petrie, Jago & Devcich, 2007	The role of illness perceptions in patients with medical conditions	Oppsummering av forskning på sykdomsoppfatningens rolle med tanke på utfall av sykdom, både medisinske sykdommer generelt og kroniske sykdommer (samt psykiske lidelser)	Kvalitativ metode: Litteraturoversikt (review)	Sykdomsoppfatning kan spille en viktig rolle i forhold til utfall av kronisk sykdom	Tydlig fremstilling av forskning på området. Har implikasjoner til praksis. / Forskerne drøfter ikke egne metodiske styrker og svakheter
Stanton, Revenson & Tennen, 2007	Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease	Å se på hvilken rolle psykologisk tilpasning har på kronisk sykdom	Kvalitativ metode: Litteraturstudie av forskning med longitudinelle design	Flere (beskyttende og risiko) faktorer spiller inn på psykologisk tilpasning til kronisk sykdom, på makro-nivå (f.eks kjønn og sosioøkonomiske faktorer) og på mikro-nivå (f.eks interpersonlige relasjoner,	Drøfter egne metodiske styrker og svakheter. Gir forslag til videre forskning. / Ingen tydelig oppstilling av vurderte forskningsartikler

				personlige attributter og mestring)	
Veerhak, Heijmans, Peters & Rijken, 2005	Chronic disease and mental disorder	Å forstå sammenhengen mellom kronisk sykdom og psykiske lidelser, sett i sammenheng med blant annet generiske sykdomskarakteristika, kontroll, sosiale og relasjonelle problemer	Kvantitativ metode med statistisk varians analyse	Mennesker med kronisk sykdom har økt risiko for utvikling av psykiske lidelser. Ingen forskjell i de ulike sykdommene og risikoen for psykiske lidelser, men noen sykdomskarakteristika gav økt stress. Sosiale og relasjonelle problemer økte risikoen for psykiske lidelser.	Tydlig presentasjon av resultater i tekst og tabeller. Forskerne drøfter metodiske styrker og svakheter. Viser til implikasjoner til praksis. / Gir ikke forslag til videre forskning.

3.6 Dataanalyse

Jeg benyttet meg av innholdsanalyse for å trekke ut sentrale funn i tekstene. Innholdsanalyse har tidligere vært benyttet innenfor beskrivelser av kvantitative data, men er i dag stadig oftere i bruk også på forskning med kvalitative data. Kvalitativ innholdsanalyse, som kvalitativ metode generelt, har generert ulike meninger hva angår troverdighet, gjennomførbarhet og målbarhet. Det rettes spesielt kritikk til hvordan en kan få reliable funn, da forskeren kan påvirke data med sin forforståelse og subjektive tolkning av data. ”(...) Our presumption is that a text always involves multiple meanings and there is always some degree of interpretation when approaching a text”(Graneheim, U. H. & Lundman, B., 2003, s.106).

Graneheim & Lundman (2003) skriver videre at det er viktig å ha et bevisst forhold til dette når man diskuterer troverdigheten av sine funn. Igjen spiller forskerens bevissthet og refleksjon rundt egen forforståelse, kunnskaper og personlige og faglige erfaringer en viktig rolle.

Videre beskriver Graneheim & Lundman (2003) to fremgangsmåter ved analyse av data, henholdsvis manifest og latent innholdsanalyse. I oppgaven brukte jeg manifest

innholdsanalyse. ”Analysis of what a text says deals with the content aspect and describes the visible, obvious components, referred to as the manifest content”(Graneheim & Lundman, 2003, s. 106). Manifest innholdsanalyse er tolkende, men ikke i den dybde som latent innholdsanalyse er. Man går, ved manifest innholdsanalyse, ikke til det skritt å finne og tolke den underliggende meningen i teksten(Graneheim & Lundman, 2003). Det har vært debatt rundt hvorvidt man kan finne en underliggende mening i dokumenter, som artikler, da analysen i artikkelen ofte inneholder forfatterens tolkning(Elo, S. & Kyngäs, H., 2008).

Ved kvalitativ innholdsanalyse deler man innholdet i dataene inn i for eksempel meningsenheter, koder og kategorier. Slik får man frem det kondenserte innholdet i teksten, uten å miste helheten. ”Condensation (...) refers to a process of shortening while still preserving the core”(Graneheim & Lundman, 2003, s. 106).

3.6.1 Analyseprosessen

Jeg leste hver artikkel flere ganger. På denne måten ble jeg kjent med innholdet og hovedfunnene, metodene og analysene og artiklens styrker og svakheter. Siden alle artiklene var på engelsk tok det naturlig nok noe lengre tid og krevde en del oversettelse av ord og begreper for å få en helhetsforståelse. Det var også i forberedelsesfasen jeg lagde oversikten over artiklene som vist i Tabell 1 etter inspirasjon fra Aveyard, H. (2007). Dette hjalp meg å få sortert artiklene, samtidig som jeg fant det mer ryddig og praktisk i prosessen videre. Mens jeg leste artiklene flere ganger, understreket og noterte jeg viktige setninger, utsagn og begreper. Slik kondenserte jeg tekstene. Når jeg var ferdig og lese gjennom artiklene så jeg hvor mange ganger de ulike temaene var notert ned. De forskjellige temaene ble tildelt kategorier. De ulike kategoriene som til slutt utgjorde mine funn ble så plassert under de tre forskningsspørsmålene.

3.7 Studiens gyldighet og troverdighet

For å sikre at forskning ikke blir et sammensurium av forskerens synsing, mening og holdning, forholder man seg til viktige begreper som validitet og reliabilitet.

Når vi driver med forskning kan man ikke nødvendigvis trekke alle de menneskene eller fenomenene med mer inn i studien, vi må gjøre et utvalg. Når vi vurderer om datautvalget kan

si noe om virkeligheten, snakker vi om validitet eller gyldighet. I min oppgave, hvor sentrale begreper som kroniske sykdom og psykiske helse, var hovedkomponenter i studien, måtte jeg forholde meg til begrepsvaliditet (Johannessen et al., 2011). Var det sammenheng mellom det artiklene skulle undersøke og det de faktisk undersøkte? Og kunne jeg ut ifra mine data være sikker på at det jeg ønsket å undersøke var det jeg fikk svar på? I følge Tjora (2010) handler validitet om metoden forskeren benytter seg av for å undersøke det spesifikke temaet, og hvorvidt forskerens tolkninger er gyldige i forhold til hva han/hun ønsket å studere. Dersom jeg hadde inkludert flere dataenheter i studien min, kunne validiteten vært bedre ivaretatt. På grunn av tidsavgrensning og oppgavens omfang hadde jeg ikke mulighet til å benytte meg av utallige dataenheter. I denne oppgaven begrenset dette seg i midlertidig av seg selv, da jeg i søkeprosessen ikke fant flere enheter som fylte inklusjonskriteriene. Et annet viktig element i å sikre gyldighet innen forskning er å drøfte funnens pålitelighet, og hvorvidt funnene kommer til nytte. Prosessen ”involves giving consideration to alternative and potentially competing hypotheses about the credibility and meaning of the results” (Polit, D. F. & Beck, C. T., 2010, s. 447).

Et annet grunnleggende spørsmål som må stilles i forskning er dataens reliabilitet, eller pålitelighet. Det dreier seg om hvilke data som ble brukt, hvordan de ble samlet inn og hvordan de ble bearbeidet. En måte å prøve ut dataenes pålitelighet er at en annen eller andre gjør samme undersøkelse. Hvis man får de samme resultatene tyder dette på høy pålitelighet. Derfor var det viktig at jeg forklarte hva jeg gjorde fra innsamling av data, til presentasjon og drøfting av funn. Ved å redegjøre for hele forskningsprosessen oppnår man transparens (Johannessen et al., 2011). En annen måte å sikre meg pålitelige funn var ved å forsikre meg om at artiklene var fagfellevurderte og publisert i tidsskrifter.

4.0 Funn og drøfting

Jeg valgte å presentere mine funn i tre kapitler ut i fra mine forskningsspørsmål. Jeg så på dette som en naturlig inndeling som gjorde presentasjonen oversiktlig. Under forskningsspørsmålene delte jeg funnene inn i kategorier som kom frem i kondenseringen av tekstene i analyseprosessen. For å gjøre oppgaven mer ryddig valgte jeg å drøfte funnene under hvert av forskningsspørsmålene.

Gjennom datainnsamlingsprosessen ble det tydelig at forskning på tema først og fremst hadde fokus på psykisk sykdom eller lidelse. Jeg søkte etter forskning på psykisk helse hos

mennesker med kroniske sykdommer, men de fleste artiklene fokuserte på psykiske lidelser hos disse menneskene. Dette syntes jeg var et interessant funn i seg selv. Selv om psykiske helse er definert som mer enn bare fravær av psykisk lidelse, var det lite forskning på hva som fremmet eller skapte god psykisk helse. Funn i denne studien ble påvirket av fokuset på psykiske lidelser og plager, men det gav allikevel implikasjoner til hvordan en kan bedre den psykiske helsen både gjennom tiltak som fremmer psykisk helse og samtidig kunne virke forebyggende på psykiske plager og lidelser.

Selv om den kroniske sykdommen i seg selv byr på utfordringer, viste det seg at det først og fremst var andre faktorer enn for eksempel selve diagnosen og sykdomssymptomer som påvirket den psykiske helsen (Curtis et al., 2007; Verhaak et al., 2005).

I noen av artiklene var depresjon i fokus, mens i andre artikler ble de mer generelle begrepene psykiske plager og lidelser benyttet. Der hvor de generelle begrepene var benyttet, ble de ofte definert som både depresjon, angst og depressive symptomer. Jeg valgte å forholde meg til de ulike forskernes bruk av begrepene.

4.1 Hvordan kan de med kronisk sykdom selv bidra til å ivareta eller forbedre sin psykiske helse?

I funnene som presenteres i det første forskningsspørsmålet har jeg bevisst valgt å kalle den med kronisk sykdom for individet. Dette var først og fremst en smakssak, fordi jeg ikke ønsket å betegne de som lever med kronisk sykdom som ”den syke”.

4.1.1 Mestring

Stanton et al. (2007) fant at problemfokuserte mestringsstrategier som å søke sosial støtte, problemløsning, søke informasjon eller få utløpt for følelser viste seg mer effektive ved psykologiske tilpasning til sykdom. Unngående mestringsstrategier som benektning, unngåelse eller undertrykkelse av følelser var mindre effektive. De unngående mestringsstrategiene kunne også involvere uheldig atferd, som for eksempel alkohol- og rusmisbruk, som kunne forverre situasjonen ytterligere. Stanton et al. (2007) fant også at endring av tankemønstre, ved kognitiv restrukturering, og avslapningsteknikker, kunne redusere smerter hos mennesker med RA (reumatisk atritt). Forskerne mente at problemløsende strategier ikke ville være hensiktsmessig i alle sammenhenger, da noen fasetter ved sykdommer ikke lot seg forandre, men måtte aksepteres. Individet måtte lære seg

å leve med dem. Forskerne fant at mestringsstrategiene individet benyttet seg av kunne ses i sammenheng med andre faktorer som for eksempel personlige egenskaper og sosial støtte. ”(...) combination of high avoidance-oriented coping and low social support has been identified as a risk factor for distress in individuals with chronic illness”(Stanton et al., 2007, s. 577).

Kiviruusu et al. (2007) fant at mennene i undersøkelsen oftere enn kvinnene brukte emosjonelt-fokusert mestring, som forskerne beskrev som mindre hensiktsmessig. Forskerne fant sammenheng mellom denne mestringsstrategien og økt risiko for psykiske plager og lidelser. Emosjonelt-fokusert mestring var beskrevet som blant annet å rette sinne mot andre, klandre seg selv for sykdommen og trøstespising. Forskerne så at emosjonelt-fokusert mestring i sammenheng med eksternt kontrollplassering (locus of control), hvor mennene oppfattet at de ikke selv hadde kontroll på situasjonen, hadde sterk sammenheng med depresjon. Forskerne fant at også problemfokuset mestring fungerte som en buffer mot depresjon.

Curtis et al. (2004) fant også sammenheng mellom ulike mestringsstrategier og deres påvirkning på psykiske plager og lidelser. Problemfokusede mestringsstrategier, for eksempel å få utløp for følelser, ledet til økt sosial aktivitet og høyt nivå av positive følelser, mens uhensiktsmessig mestring, for eksempel unngående mestring, kunne ses i sammenheng med negative følelser, depresjon og angst. Hensiktsmessig mestring førte til lavere opplevelse av stress, og stress og mestring fungerte som indikatorer på om individet tilpasset seg emosjonelt til sykdommen i positiv eller negativ retning. Høyt nivå av opplevd stress relatertes til dårlig emosjonell tilpasning, mens opplevd mestring førte til bedre emosjonell tilpasning. Hensiktsmessig mestring var derfor, i følge forskerne, nøkkelen til både lavere forekomst av stress, mer positive følelser og dermed bedre psykisk helse.

Beltman et al. (2010) fant at mestringsstrategier fungerte som en mekler mellom god tilpasning til sykdommen på den ene siden, og depresjon på den andre siden. ”Coping style might be an important mediating mechanism, (...) as somatically ill individuals with a higher perceived level of control, higher self-efficacy and active coping styles are better adjusted to the somatic illness, (...) and are less depressed”(Beltman et al., 2010, s. 16).

4.1.2 Sosial støtte

Stanton et al. (2007) fant at sosial støtte både kunne bedre mestring og motivasjon hos den rammede. Å innhente og motta sosial støtte kunne både være til hjelp i det praktiske i dagliglivet, og kunne innebære emosjonell støtte. Ved sosial støtte kunne individet få hjelp til å se problemer i et annet perspektiv og finne mer hensiktsmessige mestringsstrategier.

”Support can encourage positive health behaviours or minimize risky behaviours, and it can diminish psychological reactivity to stress”(Stanton et al., 2007, s. 572). Sivilstatus og størrelse på omgangskretsen, samt å få bekreftelse fra andre på følelser og hjelp til innhenting av informasjon, var faktorer som viste seg nyttige for å tilpasse seg til den kroniske sykdommen. For eksempel viste sosialt isolerte pasienter som fikk brystkreft lavere livskvalitet fire år etter at de fikk diagnosen. At disse pasientene var sosialt isolerte betydde mer for livskvaliteten enn både behandlingen og selve sykdommen(Stanton et al., 2007).

Stanton et al. (2007) fant også at nære relasjoner kunne være svært viktige for individet, men at det på den andre siden også kunne være preget av misforståelse, sinne og skuffelse. Både individet og de i nær relasjon kunne oppleve dette. Forskerne skrev at et individ som viste depressive symptomer kunne vekke følelser som irritasjon og nag hos de som sto individet nær, noe som kunne resultere i sinne og redusert støtte.

Kiviruusu et al. (2007) fant at kvinnene i undersøkelsen oftere benyttet seg av sitt sosiale støtteapparat på et emosjonelt nivå, mens mennene brukte støtteapparatet mer instrumentelt. Forskerne fant at mennene hadde høyere risiko for å utvikle depresjon, og de relaterte det blant annet til sivilstatus, og at hvordan mennene benyttet seg av sitt sosiale støtteapparat hadde betydning. Mennene brukte gjerne støtteapparatet instrumentelt, til ulike aktiviteter og eksterne anliggende, men når de hadde behov for emosjonell støtte var apparatet rundt dem upassende. Forskerne fant at hos kvinner som var fornøyde med, og oppfattet sitt sosiale støtteapparat som tilgjengelig, fungerte den sosiale støtten som en buffer mot depresjon.

Veerhak et al. (2005) fant også at sosiale og relasjonelle problemer økte risikoen for at mennesker med kroniske sykdommer utviklet psykiske plager og lidelser. De fant at det å ha en kronisk sykdom ofte førte til funksjonstap, som igjen førte til at den syke kunne isolere seg fra sitt sosiale nettverk. Å ha en kronisk sykdom bød på problemer både i forhold til partneren, barna og jobb. Disse problemene var i følge forskerne av spesiell betydning både

fordi de generelt var mer vanlige blant mennesker med kroniske sykdommer, og fordi de hadde stor påvirkning i forholdet til psykiske lidelser.

Curtis et al. (2004) fant at oppfattet sosial støtte var relatert til høy sosial aktivitet og mindre angst. Forskerne skrev at mangel på sosial støtte og samtidige emosjonelle plager førte til at disse pasientene oftere kontaktet helsevesenet, fordi de så på helsepersonellet som støttespillere. Forskerne fant, noe overraskende, at sosial støtte ikke spilte en rolle i forholdet mellom kronisk sykdom og depresjon, positive eller negative følelser til sykdommen eller til emosjonelt velvære. Forskerne mente å kunne forklare dette med at kvinnene i undersøkelsen hadde hatt sykdommen over lengre tid, og at de rapporterte at de hadde et veletablert støtteapparat rundt seg. Forskerne mente at dette bekreftet at kvinnene hadde god evne til å oppsøke, mobilisere og få utbytte av sitt støtteapparat.

4.1.3 Sykdomsoppfatning

Stanton et al. (2007) fant at hvordan de med kronisk sykdom oppfattet sykdommen sin, om de oppfattet den som en trussel, som noe som kunne kontrolleres og/eller om de fant mening med livet på tross av sykdommen, var viktig for tilpasning til sykdommen. Individer som så på sykdommen som en trussel, hvor de opplevde tap av verdifulle aktiviteter eller drømmer og mål for livet, hadde høyere risiko for å utvikle angst og depresjon. Mennesker som hadde høy mestringstro, som oppfattet sykdommen som kontrollerbar og noe de kunne mestre, hadde bedre utfall av sykdommen og viste positiv emosjonell tilpasning. Stanton et al. (2007) fant at mennesker som endret sine livsmål i henhold til sin situasjon som ”syk”, opplevde mindre emosjonelle plager av sin fysiske dysfunksjon. Individer med kronisk sykdom sa ofte at de på sikt, når de så sykdommen i et større perspektiv, opplevde personlig vekst fra erfaringene sine som syk, og at de både fant mening med, og positive sider ved sykdommen. ”Individuals affected by chronic disease often report personal growth arising from the experience”(Stanton et al., 2007, s. 576).

Verhaak et al. (2005) fant at individer med kronisk sykdom som oppfattet å ha dårlig helse, uavhengig av sykdommens alvorlighetsgrad, hadde økt risiko for psykiske lidelser, mens Curtis et al. (2004) fant at oppfattet stress hadde sammenheng med negative følelser og dårligere psykiske helse.

Petrie et al. (2007) fant at hvordan et individ oppfattet sin sykdom kunne påvirke utfallet av sykdommen. Den kognitive forestillingen rundt individets sykdom, hvor individet forestilte seg et alvorlig sykdomsutfall, kunne ses i sammenheng med angst og depresjon. Forskerne skrev at individers sykdomsoppfatning hadde påvirkning både på livskvalitet og hvordan sykdommen ble håndtert. Tilpasning til sykdommen kunne for eksempel handle om å akseptere at sykdommen hadde konsekvenser for ens fysiske utfoldelse. Forskerne fant at sykdomsoppfatning ofte bygget på diagnosen og hva individet trodde fulgte med av symptomer. Petrie et al. (2007) fant også sammenheng mellom sykdommens behandling og sykdomsoppfatning. For eksempel oppfattet mennesker med hjerte-og karsykdommer, som fikk medikamentell behandling, sykdommen som en vedvarende problematikk, mens de som fikk operasjon så på dette som en kur mot sykdommen. Mennesker med diabetes som oppfattet sykdommen som forbigående, med effektiv behandling, viste bedre sykdomsmestring og kontroll. Hos mennesker med RA hadde sykdomsoppfatning, og spesielt oppfatningen av konsekvensene og utfallet av sykdommen, innflytelse på både fysiske og depressive symptomer og hvordan de tilpasset seg sykdommen.

4.1.4 Kontroll

Kiviruusu et al. (2007) fant at kontrollplassering (locus of control) fungerte som en mekler på effekten mellom kronisk sykdom og depresjon. Mennene rapporterte oftere ekstern kontrollplassering. Forskerne beskrev ekstern kontrollplassering som å oppfatte hendelser som utenfor ens kontroll, hvor flaks, skjebne eller mektige andre kontrollerte ens hendelser.

Stanton et al. (2007) fant at mennesker som opplevde eller vurderte seg selv som å ha kontroll over sykdommen hadde ett bedre sykdomsutfall enn de som ikke opplevde å ha kontroll. Forskerne påpekte at det ikke behøvde innebære kontroll over sykdomsforløpet i sin helhet, men ved å ha kontroll over symptomene fikk individene positive følelser og økt følelse av tilpasning. "(...) Perceived control over RA symptoms as opposed to perceived control over disease course predicts positive affect and better adjustment"(Stanton et al., 2007, s. 575).

Verhaak et al. (2005) fant at sider ved kroniske sykdommer som var kontrollerbare, ved hjelp av medisinsk kontroll eller selvkontroll, ikke innebar økt risiko for psykiske plager eller lidelser. De sidene ved sykdommene som ikke var like lett kontrollerbare, som smerter,

fysiske begrensninger og sykdommer med gradvis eller episodiske forverringer bidro mer til stress.

4.1.5 Optimisme

Stanton et al. (2007) skriver at den personlige egenskapen optimisme kunne bidra til økt sykdomstilpasning både på kort og lengre sikt. Optimisme bidro til mer hensiktsmessige mestringsstrategier og at individet tok i bruk det sosiale støtteapparatet på en hensiktsmessig måte. Dette førte til mindre depressive symptomer. Blant annet kunne optimisme tidlig i et sykdomsforløp hos mennesker med kreft vise til bedre utfall ett år senere. "Optimism's emotionally protective effects appear to work by bolstering the use of approach-oriented coping strategies and effective social support, as well as reducing disease-related threat appraisals and avoidant coping" (Stanton et al., 2007, s. 573). Pessimisme kunne peke i motsatt retning, mot mer depressive symptomer og dårligere sykdomstilpasning. Forskerne skrev at forskning viste at optimisme kunne relateres til høyere overlevelse hos individer med kronisk sykdom, men på nåværende tidspunkt kunne ikke dette bekreftes.

4.1.6 Drøfting

Det finnes ulike tilnærminger til begrepet mestring. Mestring har blitt beskrevet både som et personlighetstrekk, som positiv responsforventning og som en prosess (Gjengedal & Hanestad, 2007). Særlig brukt er teorien om mestring som en prosess, beskrevet av opphavsmannen Richard Lazarus, der mestring er det individet foretar seg når han/hun opplever en situasjon eller hendelse som stressende. Lazarus & Folkman definerer mestring "(...) as constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person. (...) more simply, coping is the effort to manage psychological stress" (Lazarus, R. S., 1999, s. 110 – 111).

Mine funn i denne studien tyder på at det finnes hensiktsmessige og mindre hensiktsmessige mestringsstrategier ved kronisk sykdom, og at ulike mestringsstrategier kan bidra til å enten bedre eller forverre den psykiske helsen. Lazarus (1999) deler mestring inn i problemfokuset og emosjonsfokuset mestring. Mine funn tyder på at både problemfokuset og

emosjonsfokuserert mestring kan bidra til bedre psykiske helse, eller fravær av psykisk lidelse. Kategoriene problemfokuserert og emosjonsfokuserert mestring er kun en overordnet kategorisering av mestringsstrategier. Det blir for enkelt å si at dersom man har emosjonsfokuserert mestring vil det bidra til bedre psykisk helse. Det er de mer spesifikke strategiene som kan bidra i enten positiv eller negativ retning. Problemløsning, søke sosial støtte og få utløp for følelser går igjen i funnene som hensiktsmessige mestringsstrategier, og disse beskrives som både problemfokuserert og emosjonsfokuserert mestring. Kiviruusu et al. (2007) beskriver emosjonsfokuserert mestring; som for eksempel å rette sinne mot andre, gi seg selv skylden for det som har skjedd eller å trøstespise, som lite hensiktsmessige mestringsstrategier. Andre funn beskriver gjennomgående emosjonsfokuserert mestring som å få utløp for følelser, og dermed som en hensiktsmessig mestringsstrategi. På bakgrunn av dette kan vi se at emosjonsfokuserert mestring både kan være hensiktsmessig og mindre hensiktsmessig. Jeg stiller meg kritisk til Kiviruusu et al.'s (2007, s. 177) målinger av emosjonsfokuserert mestring som enten "å rette sinne mot andre, gi meg selv skylden for det som har skjedd og trøstespising". Jeg opplever disse kategoriene som villedende i den forstand at forskerne ikke har gitt sine informanter andre alternative emosjonsfokusererte mestringsstrategier. Kiviruusu et al. (2007) måler "det å snakke med andre om sine følelser" under mestringsstrategien "å søke sosial støtte". Jeg har ikke fått innsikt i hvordan de andre forskerne har målt de ulike mestringsstrategiene, derfor har jeg ikke grunnlag for å analysere dette videre. Det blir derfor en kritikk til min egen studie, i den forstand at begrepsvaliditeten ikke er avklart, slik at jeg ikke kan komme med noen konklusjoner i forhold til hva som er hensiktsmessige og mindre hensiktsmessige mestringsstrategier. Jeg kan bare komme med antydninger. Kiviruusu et al. (2007) fant at menn i mindre grad enn kvinner brukte sitt sosiale støtteapparat til å få utløp for følelser, og dermed har høyere risiko for å utvikle depresjon. forskerne har dermed plassert "å få utløp for følelser" som en kategori innenfor å søke sosial støtte, som ble funnet å være en hensiktsmessig mestringsstrategi. Derfor kan vi allikevel antyde at Kiviruusu et al. (2007) støtter de andre funnene mine, og det forsterker mitt argument for at en metodisk svakhet med min studie er manglende begrepsvaliditet.

Hvis vi ser mestringsprosessen i sammenheng med sykdomsforløpsmodellen, kan vi tenke oss at mestringsstrategier naturlig kan måtte endres underveis i forløpets ulike faser. Det er naturlig å bruke ulike mestringsstrategier i de forskjellige fasene og subfasene. De ulike fasene kan, etter min mening, oppleves som stressfaktorer, slik som Antonovsky (2012) beskriver. Mennesker som har en sterk SOC, som opplever sin situasjon som begripelig og

håndterbar og finner mening i møte de ulike stressende situasjonene vil mestre disse svingningene og kunne få et bedre sykdomsutfall. ”Because of the diversity of problems that chronic disease pose, people who are flexible copers may cope better with stress of chronic disease (...)” (Taylor, S. E., 2007, s. 295).

I følge Antonovsky (2012) er en sterk SOC et bedre utgangspunkt for god mestring, og de generelle motstandsressursene bidrar til beskyttelse mot stressfaktorer. Kronisk sykdom faller inn under kroniske stressfaktorer, da den som rammes av kronisk sykdom får lagt føringer for sin videre livssituasjon. I mine funn er det mye som tilsier at sosial støtte er en viktig faktor som både forebygger utvikling av psykiske helseplager og fremmer psykisk helse.

Antonovsky (2012) beskriver sosial støtte som en av de viktigste motstandsressursene og Langeland, E. (2012) skriver at bare vissheten i seg selv, om at en har sosial støtte kan være nok til at det kan oppleves som en motstandsressurs.

Sosial støtte er et gjentakende begrep i flere av artiklene. Sosial støtte beskrives både som en mestringsstrategi, og som en ressurs som bedrer mestring. Jeg valgte å sette disse i ulike kategorier, men opplever det selv og ut ifra funnene som at det er en flytende overgang mellom de to.

Dalgard, O. S. & Sørensen, T. (2009) skriver at man kan skille mellom tilgjengelig og opplevd sosial støtte. Det er den subjektive betydningen av sosial støtte som er viktig, og sosial støtte er et samspill mellom individuelle og sosiale faktorer. Det skilles gjerne mellom følelsesmessig-, bekreftende-, informerende- og instrumentell støtte. Forfatterne skriver også at det finnes en rekke studier som tyder på at den psykiske helsen svekkes ved manglene sosial støtte(Dalgard & Sørensen, 2009). Dette bidrar til å styrke mine funn. Også Corbin & Strauss (1991) beskriver sosial støtte som en faktor eller ressurs som påvirker sykdomsforløpet, og mangelen på sosial støtte vil i følge Antonovskys teori være et motstandsunderskudd.

I Seikkula, J. (2012) understrekes det at det er forskjell på sosialt nettverk og sosial støtte. Mens sosialt nettverk er det enkelte menneskes sosiale relasjoner, det vil si relasjoner som oppleves viktige for individet selv, beskrives sosial støtte som tiltak som støtter disse relasjonene. Sosial støtte er det sosiale nettverkets funksjonelle egenskap(Seikkula, 2012). I mine funn defineres ikke sosial støtte, og det beskrives både som relasjon til nære, for

eksempel ektefelle og som størrelse på omgangskretsen (Stanton et al., 2007), og på et emosjonelt og instrumentelt nivå (Kiviruusu et al., 2007). Verhaak et al. (2005) fant at funksjonstap hos kronisk syke kunne føre til isolasjon fra sitt sosiale nettverk, som medførte problemer i forhold til både partner, barn og jobb. Seikkula (2012) skriver at det sosiale nettverket har blitt betraktet som en sosial støtte for individet. Dersom den kronisk syke isolerer seg fra sitt nettverk vil dette redusere den sosiale støtten. ”Med støtte fra det sosiale nettverket kan individet tilpasse seg og mestre stresset” (Seikkula, 2012, s. 37).

At Kiviruusu et al. (2007) fant at menn hadde høyere risiko for å utvikle depresjon, så forskerne i sammenheng med at menn benyttet seg av sitt støtteapparat på et instrumentelt nivå. I tillegg fant forskerne en sammenheng mellom depresjon og sivilstatus. Når forskerne sammenlignet kvinner og menn, viste det at hvordan en benytter seg av sitt sosiale støtteapparat spiller en viktig rolle. At man bruker sine støttespillere til også å snakke om følelser, og at man da har noen betydningsfulle andre til å gjøre dette. En ektefelle eller partner vil ofte være en naturlig samtalepartner. Men Kiviruusu et al. (2007) så ikke mangel på sosial støtte som eneste faktor som økte risikoen for depresjon. Mestringsstrategier var også en viktig variabel. Mine funn indikerer at å få utløp for følelser, hvis vi ser dette i sammenheng med følelsesmessig støtte, er en viktig faktor som bidrar til bedre psykiske helse. ”Følelsesmessig støtte, som vanligvis kommer fra familie eller nære venner, er den vanligste måten å oppfatte sosial støtte på. Den inkluderer empati, omsorg, kjærlighet og tillit” (Dalgard & Sørensen, 2009, s. 98).

Mine funn kan tyde på at sykdomsoppfatning er viktig for tilpasning til sykdom og for å unngå at en utvikler psykiske plager og lidelser. Det finnes indikasjoner på at hvordan individet oppfatter og forstår sin egen sykdom er viktig både for mestring av sykdommen, for å finne mening og tilpasning. Dette er i tråd med Antonovsky's (2012) argumentasjon for at mennesker som har sterk SOC vil ha bedre mestring og et helsefremmende utfall. Også Corbin & Strauss (1991) mener at hvert individ har sin egen oppfatning om hva diagnosen medbringer, og at oppfatningen formes av blant annet egen og andres kunnskap og erfaringer. Fjerstad (2011, s. 38 - 39) skriver at ”de tankene og forestillingene vi har om vår egen sykdom, bidrar til å forklare variasjon i fysisk og psykologisk tilpasning til sykdom, ofte uavhengig av sykdomsaktivitet”. Taylor (2006) skriver at det er viktig at mennesker med kronisk sykdom har en realistisk oppfatning av sin sykdom, både med tanke på restriksjoner

og behandling, da dette er viktig for mestringsprosessen og for å integrere sykdommen som en del av deres liv.

Dersom mennesker ikke har en sykdomsoppfatning som samsvarer med det man faktisk kan forvente i et sykdomsforløp, blir det vanskelig å akseptere, få kontroll over, og håndtere sykdommen i henhold til nødvendig behandling (Taylor, 2006).

At mennesker med kroniske sykdommer opplever å ha kontroll over sin sykdom, og ikke har ekstern kontrollplassering, kan ses i sammenheng med positive følelser og fravær av psykiske plager og lidelser. Corbin & Strauss (1991) sier at mennesker som får kroniske sykdommer vil ha ulike oppfatninger og forventinger til hva det innebærer for fremtiden. De skriver også at sykdomsoppfatning er individuelt, og formes av blant annet kunnskap, erfaring og hva andre sier. Antonovsky (2012) mener at begripelighet handler om hvorvidt individet har kontroll over situasjonen eller stimuliene en bombarderes med, og påpeker at dersom ikke individet selv kan kontrollere disse kan andre, som individet stoler på, inneha denne kontrollen. Å overlate kontrollen til andre, er etter min mening også en måte å ha kontroll. Som Corbin & Strauss (1991) skriver, påvirkes forløpet både av individet selv, familien og helsepersonell. På bakgrunn av dette tolker jeg det dithen at kontroll både avhenger av individet selv og av den sosial støtten og hjelpen individet får av andre, både familie og helsepersonell.

Optimisme, som er et personlighetstrekk, påvirker vår innstilling til sykdom, og optimister har håp og tenker at hendelser som er negative kan forandres, at de har mulighet til å gjøre noe selv for å forandre sin situasjon. Vi kan lære å ha optimistiske holdninger, og trene opp optimismen, som man trener opp muskler (Fjerstad, 2011). Optimisme er ikke så ulikt positive følelser, som Curtis et al. (2004) beskriver. ”Positive følelser (...) fungerer som buffere mot psykiske plager og er det som bygger opp menneskers motstandskraft” (Fjerstad, 2011, s. 69).

Som beskrevet over er det mulig for individet som har kronisk sykdom og selv bidra til for å ivareta eller forbedre sin psykiske helse. Ved å benytte seg av hensiktsmessige mestringsstrategier, innhente og benytte seg av sosial støtte og ved å ha kontroll over sykdommen kan individet både få bedre psykiske helse og forhindre psykiske plager og lidelser. Med tanke på sykdomsoppfatning ligger det implisitt at dersom individet har feil oppfatning hva angår sykdommen sin, er dette noe som bør korrigeres. Som Corbin & Strauss (1991) sier, ses sykdomsoppfatning i sammenheng med kunnskap, erfaring og hva andre sier.

Det ligger også implisitt at både mestring, sosial støtte og kontroll, både som motstandsressurser og motstandsunderskudd, samt optimisme og positive følelser avhenger av flere faktorer enn individet selv. Blant annet gir dette implikasjoner til hvordan helsepersonell kan bidra til å unngå eller lette psykiske helseplager hos de med kronisk sykdom. En svakhet med funnene presentert over er som nevnt at de ulike studiene ikke har samme teoretiske utgangspunkt. Det er ikke enighet om hvorvidt sosial støtte er en mestringsstrategi, eller en faktor som kan føre til bedre mestring. Hvilke mestringsstrategier som er hensiktsmessig er heller ikke entydige, men funnene gir en økt forståelse og et lite innblikk i at det finnes mer og mindre hensiktsmessige mestringsstrategier.

Andre kilder er allikevel med på å styrke funnenes gyldighet. Noe overraskende var det at Kiviruusu et al. (2007) fant at menn hadde større risiko for å utvikle depresjon enn kvinner. Men forskerne så dette i sammenheng med blant annet sivilstatus. ”Gifte lever lenger og har bedre fysisk og psykisk helse enn samboende, enslige, skilte og enker”(Major et al., 2011: 1, s. 21). Andre studier antyder at kvinner har høyere risiko for å utvikle depresjon, for eksempel Verhaak et al. (2005). Dette støttes av blant annet Goulia et al. (2011) og Nes & Clench-Aas (2011: 2).

De fem kategoriene kan ses på som helsedeterminanter, da de kan bidra enten til økning av helseplager eller beskytte mot helseplager(Major et al., 2011: 1).

4.2 Hvordan kan helsepersonell bidra til å unngå eller lette psykiske helseplager hos de med kronisk sykdom?

Under forskningsspørsmål 1 ble det presentert ulike faktorer som kunne bidra til å enten opprettholde, forbedre eller redusere den psykiske helsen hos mennesker som lever med kronisk sykdommer. Under presenteres hva helsepersonell kan bidra med. Det ble derfor naturlig å kalle individet med kronisk sykdom for pasienten.

4.2.1 Undervisning og veiledning

Stanton et al. (2007) fant at pasienter med kronisk sykdom ville ha nytte av intervensjoner som inkluderte prosesser hvor utfallet ville gi positiv tilpasning til sykdom. Et eksempel var

undervisning og veiledning om teknikker som forbedret deres mestringstro, slik at de kunne håndtere sykdommen sin bedre. En annen intervensjon var å bidra til å lære pasienten endring av mestringsstrategier, slik at pasienten bedre kunne håndtere sin sykdom. Helsepersonell kunne også bidra til at pasienten fikk endret kognitiv sykdomsoppfatning.

Kiviruusu et al. (2007) fant at menn i risikogruppen for å utvikle depresjon ville ha nytte av å lære seg bedre mestringsstrategier, samt å opprettholde personlig kontroll, mens Petrie et al. (2007) påpekte viktigheten av at pasienter fikk hjelp til å endre dysfunksjonelle sykdomsoppfatninger, slik at pasienten fikk ett bedre sykdomsutfall.

4.2.2 Kunnskap om risikofaktorer

Flere av forskningsartiklene presenterte faktorer som var viktige for helsepersonell å være observante på i møtet med mennesker med kroniske sykdommer. Dette var faktorer som kunne gi helsepersonell kunnskap om hvilke pasienter eller grupper innenfor pasienter med kronisk sykdom som kunne ha høyere risiko for å utvikle psykiske plager og lidelser.

Verhaak et al. (2005) konkluderte i sin studie med at det var viktig at helsepersonell hadde kunnskaper om at mennesker med kroniske sykdommer, og særlig de som hadde sosiale og relasjonelle problemer, hadde høyere risiko for å utvikle psykiske lidelser.

Kiviruusu et al. (2007) fant at menn med kroniske sykdommer hadde større risiko for å utvikle depresjon enn kvinner, mens Verhaak et al. (2005) og Goulia et al. (2011) fant at kvinner hadde høyere risiko enn menn for å utvikle depresjon. Verhaak et al. (2005) forklarte det med at dette også gjenspeilte seg i normalpopulasjonen.

Sykdommer som medførte mye smerter, fysiske begrensninger eller som utviklet seg gradvis eller episodisk viste større sammenheng med psykiske plager og lidelser (De Jonge et al., 2009; Verhaak et al., 2005).

Goulia et al. (2011) fant at helsepersonell måtte være oppmerksomme på at, særlig yngre, pasienter med kroniske sykdommer hadde høyere risiko for å utvikle psykiske plager og lidelser. Dette mente forskerne hadde sammenheng med at yngre pasienter ikke hadde bygget opp ett ”psykologisk immunforsvar” eller resiliens, slik de eldre hadde. Forskerne fant at det

var viktig for helsepersonell å ha kunnskap om at somatiske symptomer også kunne være tegn på psykiske problemer og ikke bare grunnsykdommen. Forskerne mente at somatiske symptomer som uttrykk for psykiske plager eller lidelser ofte førte til at helsepersonell ikke oppdaget og behandlet psykiske lidelser i det hele tatt, eller før tilstanden var blitt alvorlig.

Cimpean & Drake (2011) viste til noen viktige faktorer som bidro til å enten øke eller redusere risikoen for at pasienter med kroniske sykdommer utviklet depresjon og angst. Disse var blant annet mangel på å ta kontroll over sykdommen, mestringsstro, hvordan personen håndterte kontakten med helsevesenet (self-advocacy) og hvorvidt personen tolket symptomene sine som somatiske eller psykiske.

4.2.3 Intervenering

Curtis et al. (2004) mente at pasienter med RA ville dra nytte av ulike kognitive atferdsintervensjoner med fokus på å takle og vurdere stress og tilpasning av mestringsstrategier, samt å innhente sosial støtte og fremme positive følelser. Dette ikke bare for å unngå psykiske tilleggsplager, men for å bedre den psykiske helsen. ”The decrease of negative affect has traditionally been a goal of disease management, but enhancement of positive affect is often neglected”(Curtis et al., 2004, s. 471).

Cimpean & Drake (2011) fant flere intervensjonsformer som viste positiv effekt på den psykiske helsen til pasienter med kroniske sykdommer og tilleggslidelsene angst og depresjon. I studien ble standard behandling sammenlignet med intervensjoner som var videreutviklet på bakgrunn av CCM(chronic care model), og psykososiale intervensjoner. CCM var en modell utviklet spesielt for behandling av pasienter med kronisk sykdom, som vektla proaktiv og planlagt behandling, og hvor brukermedvirkning og egenkontroll (self-management) sto i fokus.

De ulike behandlingsformene i studien som tok utgangspunkt i CCM hadde noe ulike fremgangsmåter. Fremgangsmåtene var psykoedukasjon, antidepressiva og konsultasjoner utført av psykiatriske sykepleiere eller spesialsykepleiere innen den spesifikke sykdommen, for eksempel diabetes-sykepleier. Uavhengig av fremgangsmåten viste alle intervensjonsgruppene, til forskjell fra standard behandling, bedring i depressive symptomer.

Cimpean & Drake (2011) fant ingen forbedringer i pasientenes egenkontroll eller i grunnsykdommen.

I intervensjonsstudiene hvor standard behandling ble sammenlignet med psykososiale intervensjoner fant Cimpean & Drake (2011) at KAT (kognitiv atferdsterapi), både i grupper og individuelt, hadde positiv effekt i form av reduserte symptomer på depresjon i de fleste tilfellene. Felles for alle de psykososiale intervensjonene var at helsepersonellet hadde utdannelse eller opplæring i psykisk helsearbeid/psykiatri.

Cimpean & Drake (2011) fant at flere av de overnevnte intervensjonen resulterte i bedring i symptomer både på angst og depresjon, men de påpekte at intervensjonene ikke viste bedring i den underliggende, kroniske, sykdommen. Forskerne fant at KAT i grupper, hos mennesker med KOLS, sammenlignet med opplæring i KOLS (KOLS-kurs), ikke viste noen forskjell i den psykiske helsen. Både gruppen som fikk KAT og de som fikk KOLS-kurs rapporterte bedre livskvalitet og mindre depressive symptomer. Forskerne fant heller ikke betydningsfulle forskjeller mellom mennesker som fikk interpersonlig psykoterapi versus medikamentell behandling.

Cimpean & Drake (2011) konkluderte med at mennesker med kroniske sykdommer og komorbide psykiske lidelser, hadde behov for et sammensatt helsetjeneste-tilbud, som ivaretok og behandlet både grunnsykdommen og psykiske tillegglidelser. Pasientene måtte få delta aktivt i sin egen behandling gjennom informasjon og brukermedvirkning, hvor pasientens ønsker, ressurser og mål sto i fokus. Forskerne mente også at helsepersonell kunne gi informasjon, støtte og veiledning over nettet(Cimpean & Drake, 2011).

Beltman et al. (2010) skrev at både medikamentell og psykoterapeutisk behandling av depresjon hadde effekt i den generelle befolkningen. Men når de kom til behandling av depresjon hos mennesker med underliggende kroniske sykdommer viste forskning til blandede resultater. I sin meta-analyse fant Beltman et al. (2010) at KAT hadde effekt på behandling av depresjon, uavhengig av underliggende sykdomsdiagnose. Forskerne fant også at KAT hadde effekt på behandling hos mennesker med depressive symptomer, men i mindre grad enn i de tilfellene hvor diagnosen depresjon forelå. Effekten av KAT økte i takt med økt grad av depressive symptomer opp til diagnosekriteriet.

Beltman et al. (2010) fant at ulike typer KAT hadde effekt på behandling av depresjon hos mennesker med kroniske sykdommer. Blant annet inkluderte forskerne funn som viste at PST (problem-solving therapy), en kategori innen KAT, hadde stor verdi på grunn av at denne terapiformens pragmatiske tilnærming kunne foretrekkes hos mennesker med kroniske sykdommer og depresjon. Forskerne fant også at individuell KAT, fremfor KAT i grupper, kunne være mer passende for denne pasientgruppen, men de påpekte at det trengtes mer forskning på dette området.

Også Curtis et al. (2004) fant at KAT og andre kognitive atferds-intervensjoner, som avslapningsteknikker, rasjonell tenkning og mestringsteknikker, kunne bidra til at pasienter med RA opplevde mindre stress, mer positive følelser og bedre psykisk helse. Forskerne fant også at sosial integrering og tilrettelegging for sosial støtte ville bidra til mer sosial aktivitet som økte psykisk velvære.

4.2.4 Drøfting

Som presentert i funnene over er det flere ting helsepersonell kan bidra med for å lette eller unngå psykiske helseplager hos pasienter med kronisk sykdom. Når det kommer til intervensjoner er funnene mer konkrete, det vil si at det kommer tydeligere frem hva helsepersonell kan bidra med. I forhold til undervisning, veiledning og kunnskap om risikofaktorer, er funnene klare på at disse faktorene er viktige, men det er lite beskrevet hvordan dette eksakt kan foregå. En viktig formulering i dette forskningsspørsmålet er å *bidra til*. Med tanke på undervisning og veiledning er dette en viktig oppgave for helsepersonell, og intensjonen bak er at pasienten selv skal lære hvordan han/hun best mulig kan adaptere hensiktsmessige mestringsstrategier og få kontroll over sin situasjon og sykdom (Lerdal & Fagermoen, 2011). Helsepersonell kan gi informasjon om sykdommen slik at pasientens sykdomsoppfatning svarer til de faktiske forholdene. På denne måten kan utfallet av sykdommen kanskje bli bedre fordi dette gir pasienten mulighet for mestring og kontroll, slik at pasienten kan få bedre psykisk helse og mindre psykiske plager og lidelser.

Helsepersonell som skal undervise og veilede må, naturlig nok, ha kunnskap om det der skal undervises om. Og som Ekeland, T-J. & Heggen, K. (2010) påpeker, må helsepersonellet også forstå pasientens situasjon i sin helhet. Langeland (2012) skriver at sykepleiere kan bidra til å styrke pasientens SOC, gjennom selv å fungere som en generell motstandsressurs for pasienten. Jeg tenker at undervisning og veiledning kan bidra til å styrke den generelle

motstandsressursen ”kunnskap og intelligens”(se Figur 2). Langeland (2012, s. 42) skriver at ”kunnskap gir innsikt, og bevisste valg kommer mer i fokus”.

Undervisning og veiledning er kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, satt i system. Det handler om å formidle informasjon. ”Kommunikasjon har som mål at pasienten skal tilegne seg kunnskaper om sin helsemessige situasjon, og at han lærer ferdigheter og utvikler positive holdninger til behandling og livsførsel som er helsemessig gunstige”(Brataas, H. V. & Steen-Olsen, T., 2003, s. 66). Slik jeg ser det kan helsepersonell på denne måten bidra til at pasienten får økt SOC, ved å gi vedkommende evne til tilpasning, og dermed bidra til helsefremming hos pasienten.

Mine funn tyder på at det finnes risikofaktorer som kan føre til at pasienter med kroniske sykdommer utvikler psykiske plager og lidelser. Risikofaktorene kan etter min mening ses på som generelle motstandsunderskudd. Dette støttes av Antonovsky (2012), hvor han skriver at for eksempel sosial støtte kan være både et motstandsunderskudd- eller overskudd, alt etter om det plasseres høyt eller lavt på kontinuumet. Jeg tenker det er viktig at helsepersonell har kunnskap om disse risikofaktorene og bidrar med å iverksette tiltak som kan forflytte disse faktorene fra motstandsunderskudd til motstandsoverskudd. Men som Langeland (2012) skriver, er det vel så viktig, i et salutogent perspektiv, at helsepersonell har fokus på styrker og ressurser. Det er dette som er intensjonen bak Antonovsky's (2012) teori.

I møte med pasienter, på ulike arenaer i helsetjenestene, tenker jeg at det er viktig at helsepersonell kartlegger pasientens situasjon. Rett og slett ved å snakke med pasienten kan helsepersonell få informasjon om pasientens fysiske, psykiske og sosiale status. For å få til en god dialog der vanskelige tema kan tas opp, er det viktig at helsepersonell og pasient har en god relasjon, basert på trygghet, tillit og åpenhet. Dette er viktig for å skape en terapeutisk allianse.

Det helsepersonell vet om risikofaktorer kan godt videreformidles til pasienten. Det å få høre at ”dette skjer andre enn deg” eller at det er helt normalt at mennesker som opplever stor inngripen i ens livssituasjon får reaksjoner som kan utvikle seg til psykiske plager og/eller lidelser, kan gjøre temaet mindre tabubelagt. Det er også viktig å formidle håp, ha fokus på ressurser og tilrettelegge og informere om ulike intervensjons- eller behandlingstiltak, i tillegg til de tidligere nevnte tingene pasienten selv kan bidra med.

Min oppfatning er, og ikke helt uten støtte fra funnene i denne oppgaven, at helsepersonellens faglige kunnskap i forhold til psykiske helse er viktig for å fremme den psykiske helsen hos mennesker med kroniske sykdommer. Særlig i de tilfellene der pasienten enten er i risikozonen for å utvikle psykiske plager og lidelser, eller hvor symptomer har begynt å vise seg. Intervensjonene presentert i funnene viser at det å ha utdanning eller spesiell kunnskap om psykisk helsearbeid/psykiatri kan ha en betydning for pasientens psykiske helse.

Et av de viktigste funnene i denne studien er de ulike intervensjonene som det finnes god evidens for at har effekt på behandling av psykiske plager og lidelser hos pasienter med kroniske sykdommer. Særlig er det grunn for å si at KAT har effekt på å redusere eller kurere psykiske lidelser hos disse pasientene.

KAT er en av flere arsenaler innen psykoterapeutisk behandling. KAT er en strukturert form for terapi, der terapeuten er styrende og foreslår oppgaver, gjerne hjemmeoppgaver, eller tips til pasienten. Målet med KAT er at pasienten endrer sin tenkning og dermed adapterer nye tankemønstre (Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A., 2010). Som presentert i mine funn, kan KAT benyttes både i individuell terapi og i grupper. PST ble også funnet å ha god effekt på pasienter med kroniske sykdommer. PST beskrives som en kortvarig psykologisk intervensjon, som foregår over fire til åtte timer. Målet er å adaptere problemløsende holdninger og ferdigheter, og terapiformen kan både fungere som behandling, vedlikehold og forebyggende (D'Zurilla, T. J. & Nezu, A. M., 2010).

Cimpean & Drake (2011) fant på den andre siden at pasienter med KOLS hadde samme nytte av KOLS-kurs som av KAT. Da dette kun gjaldt en studie er det ikke mulig å dra noen slutninger fra dette. Forskerne fant heller ikke noen betydningsfull forskjell mellom interpersonlig psykoterapi og medikamentell behandling, men også her hadde de dårlig belegg for å trekke noen slutninger fra dette.

Det finnes flere lærings og mestringssentre (LMS) rundt om i landet. Alle helseforetakene har LMS. Ideen bak er at både pasienter og helsepersonell har nytte av disse sentrene, og målet er at både pasientene selv, og helsepersonell, skal bidra til å involvere pasienten mer i helsetjenestene. LMS er et viktig tiltak innenfor brukermedvirkning, og intensjonen er at helsepersonell og pasienter, eller brukere, samarbeider om å bedre mestring, læring, brukermedvirkning og helsepedagogikk (Lerdal & Fagermoen, 2011). ”Læring er nødvendig

for å leve med eller mestre tilværelsen med kronisk sykdom”(Lerdal & Fagermoen, 2011, s. 49). KOLS-kurs er et eksempel på hva LMS kan arrangere. Selv om Cimpean & Drake’s (2011) funn i forhold til nytten av KOLS-kurs sammenlignet med KAT, kan det ikke trekkes noen konklusjon i verken den ene eller den andre retningen, men dette kan relateres til at god opplæring om ens sykdom, og hvordan en skal mestre denne, også kan ha god effekt på den psykiske helsen.

Psykoedukasjon, antidepressiva og konsultasjoner fra psykiatriske sykepleiere viste alle en positiv effekt, i den forstand at pasientene opplevde bedring i depressive symptomer. Ut ifra dette ville det logiske være å gi pasienten en resept på antidepressiva og ”så var det problemet løst”. På grunn av oppgavens avgrensning har jeg ikke mulighet til å gå videre inn i denne debatten. Det viktigste må være at helsepersonell og pasient sammen finner frem til den behandlingsformen som fungerer best for ham/henne. Hvilken intervensjon som vil være mest passende avhenger også av graden av depresjon/angst. Beltman et al.’s (2010) studie gir antydninger til at KAT kan være effektivt hos pasienter med kroniske sykdommer, både hos de som har diagnosen depresjon og, om noe mindre effekt, hos de som viser symptomer av depressiv art. Helsedirektoratet (2009) skriver at KAT, eller KT (kognitiv terapi) er behandlingsformer som har vist seg effektiv både ved mild og moderat til alvorlig depresjon, og da gjerne i kombinasjon med medikamentell behandling.

Det er ikke mulig å trekke noen konklusjon ut ifra mine funn, om hvilke intervensjoner som er mest passende for å bidra til å lette pasientens psykiske plager eller lidelser. Til det har jeg ikke nok artikler, så validiteten er ikke god nok. Det finnes flere tilnæringsmåter, og kanskje er det viktigste at pasienten får velge behandling, på bakgrunn av god informasjon, slik at han/hun er delaktig i egen behandling. Brukermedvirkning, som Cimpean & Drake (2011) trekker frem, er ikke bare lovpålagt i Norge (jf. Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-1 – 3-5), men en vesentlig forutsetning for at pasienten får kontroll over sin egen situasjon. LMS er et eksempel på brukermedvirkning. Oppgavens omfang gir meg ikke mulighet til å gå særlig i dybden på dette viktige temaet. Men et viktig poeng må frem. Antonovsky (2012) skriver at SOC er tilnærmet konstant etter en når voksen alder, og at en varig av en persons SOC kun kan endres på et høyt nivå, for eksempel i nasjonal kontekst. Brukermedvirkning på systemnivå, slik som for eksempel LMS, tolker jeg i lys av Antonovsky’s påstand om at SOC kun kan endres på et slik høyt nivå, som et godt tiltak for en varig endring av SOC. Innenfor brukermedvirkning, finnes blant annet et viktig redskap som kalles individuell plan(IP).

”Ordnningen med individuell plan er innført som et virkemiddel for å kunne gi et bedre tilbud til tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester”(Helsedirektoratet, 2010, s. 8). Uavhengig av Antonovsky’s teori, kan IP være et viktig hjelpemiddel hos pasienten med kroniske sykdommer, dersom de har behov for langvarig helse- og sosialtjenester på tvers av tjenesteapparatet.

Jeg reagerer på Antonovsky’s påstand om at SOC var mer eller mindre konstant etter at individet nådde voksen-alderen. Er et individ ”dømt” til å ha svak SOC uavhengig av tiltak og innsats for å endre spenningstilstander? Langeland (2012) som selv har brukt den salutogene modellen i forskning (Langeland, 2011), skriver ”at SOC er mer fleksibel og dynamisk enn det Antonovsky hypotetisk antok”(Langeland, 2012, s. 46). Også nyere forskning viser at SOC kan endres gjennom terapi, av sykepleiere, ”en gradvis og stegvis økende bevisstgjøring og bruk av GMR kan skape livserfaringer som fremmer og styrker en varig forbedring av SOC”(Langeland, 2012, s. 46).

4.3 Hvordan kan psykiske plager og lidelser forebygges hos mennesker med kronisk sykdom?

I funnene presentert under forskningsspørsmål 1 og 2 kunne vi lese at det finnes tiltak som kunne bidra til å forbedre og ivareta den psykiske helsen. Det var også risikofaktorer som helsepersonell måtte være oppmerksomme på i møte med mennesker med kroniske sykdommer. Ved å være oppmerksom på disse faktorene kunne helsepersonell iverksette tiltak som kunne bidra til å hindre utvikling av psykiske lidelser. I tillegg ble det presentert intervensjoner til mennesker som allerede hadde utviklet psykiske lidelser eller viste begynnende symptomer. Videre presenteres funn fra forskningsartikler som beskriver hvordan psykiske plager og lidelser kan forebygges hos mennesker som lever med kronisk sykdom.

4.3.1 Universell forebygging og helsefremming

Problemfokusert mestring kunne føre til økt sosial aktivitet, høyt nivå av positive følelser, bedre emosjonell tilpasning og bedre psykiske helse(Curtis et al., 2004). God sosial støtte kunne ses i sammenheng med hensiktsmessig mestring (Stanton et al., 2007) og sosial støtte kunne fungere som en buffer mot depresjon(Kiviruusu et al., 2007). Sykdomsoppfatning kunne ses i sammenheng med positivt emosjonell oppfatning(Stanton et al., 2007) og kunne

påvirke livskvalitet og psykisk helse i positiv eller negativ retning (Petrie et al., 2007). Optimisme kunne bidra til mer hensiktsmessige mestringsstrategier (Stanton et al., 2007) og at individet opplevde å ha kontroll over egen situasjon og/eller symptomer, reduserte stress og gav økning i positive følelser (Stanton et al., 2007; Verhaak et al., 2005).

4.3.2 Selektiv forebygging

De Jonge et al. (2009) fant i sin studie at det var mulig å forebygge alvorlig depresjon, samt øke livskvaliteten, hos mennesker i høyriskogrupper. Forskerne sammenlignet data fra en kontrollgruppe med data fra en intervensjonsgruppe bestående av pasienter med diabetes og reumatologiske sykdommer. Studien foregikk over ett år, og forskerne fant at intervensjonsgruppen hadde færre tilfeller av alvorlig depresjon (36%) sammenlignet med kontrollgruppen, hvor 63% hadde alvorlig depresjon etter ett år. Intervensjonen, ledet av psykiatriske sykepleiere, besto i fokus på mestring og håndtering av sykdommen, gjennom at pasientene fikk samtaler og herunder utløp for følelser, praktisk rådgivning, psykoedukasjon og gjennom at pasientene ble oppfordret til å fortelle sin livshistorie (life-narrative). Intervensjonen viste høyest effekt hos pasientene som hadde lite eller moderate smerter, først og fremst de med diabetes. Pasientene med reumatologiske sykdommer hadde betydelig høyere nivå av smerter. De Jonge et al. (2009) fant også at intervensjonen gav effekt på depressive symptomer hos pasientene med diabetes, og forklarte, som en mulighet, at dette hadde sammenheng med at diabetespasientene hadde mindre plager med smerter. At pasientene med reumatologiske sykdommer hadde høyere nivå av smerter, kunne redusere effekten av intervensjonen hos denne pasientgruppen. Forskerne påpekte at forebygging av alvorlig depresjon hos pasienter med alvorlige eller kompliserte sykdommer, som diabetes og reumatologiske sykdommer, var både mulig og effektivt. Forebyggingen besto av enkle, men sammensatte intervensjoner, integrert i klinisk pleie, av sykepleiere, i motsetning til andre studier, hvor forebygging besto i strukturerte terapiformer basert på KAT.

”Perhaps this indicates that depression prevention strategies for subthreshold depression are effective specifically when they are flexible” (De Jonge et al., 2009, s. 232).

Beekman et al. (2010) fant i deres litteraturstudie at forebygging av den psykiske lidelsen depresjon, rettet mot risikogrupper var dokumentert effektivt, og økonomisk lønnsomme, i en rekke studier. Forskerne fant at pasienter med nylig oppdaget kreft hadde god effekt av en kortvarig psykologisk intervensjon. Antidepressiva og PST reduserte risikoen for utvikling av

depresjon hos blant annet mennesker som nylig hadde hatt hjerneslag. Beekman et al. (2010) presenterte også funnene fra De Jonge et al.'s (2009) studie, hvor intervensjoner utført av psykiatriske sykepleiere hadde effekt på pasienter med diabetes og reumatologiske sykdommer.

4.3.3 Indisert forebygging

Beekman et al. (2010) fant at forebygging hos mennesker som hadde begynnende symptomer eller tegn på depresjon også var effektivt og økonomisk lønnsomt. Forskerne kalte denne typen forebygging indisert forebygging. De fant at et fire-steps program, utført på eldre med begynnende symptomer på angst eller depresjon, gav effekt. De fire stegene gikk over ett år, og de fire stegen gikk i tre-måneders intervaller. Første steg var observerende venting, deretter selv-hjelp ved hjelp av veiledning, så PST og til sist henvisning til fastlege for evaluering og eventuell videre behandling. Bare et fåtall hadde behov for hjelp av fastlegen. I tillegg var det ikke behov for ekstra medikamentell behandling. Beekman et al. (2010) fant også at internettet kunne være et virkemiddel for å forebygge depresjon i en større skala, til lave kostnader. Spesielt unge, aktive internettbrukere kunne ha nytte av dette. Også samtaler over telefon, med andre i samme situasjon, viste redusert risiko for depresjon. Her fikk samtalepartnerne opplæring av helsepersonell. Forskerne påpekte også at opplæring og forbedring i kommunikasjonsferdigheter hos helsepersonell som hadde kontakt med kreftpasienter ble trukket frem som et forebyggende tiltak.

4.3.4 Drøfting

Ut i fra mine funn er det ting som tyder på at det er finnes flere måter å forebygge psykiske plager og lidelser hos mennesker med kronisk sykdom. Mæland, J. G (2005a) skriver at det innen forebyggende helsearbeid gjerne skilles mellom sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Mens forebygging gjerne fokuserer på problemer, har helsefremming mer fokus på blant annet ressurser for helse. I ett folkehelseperspektiv er det viktig å ha fokus på både forebygging og helsefremming, og disse bør komplementere hverandre. Grensene mellom de to er i ferd med å bli mindre skarpe(Mæland, J. G., 2005b). Det var også grunnen til at jeg valgte å kategorisere kapittel 5.3.1 som universell forebygging og helsefremming.

I min oppgave har intensjonen hele tiden vært å se på hvordan man kan ivareta den psykiske helsen. Derfor har det ikke vært aktuelt å ha fokus på verken forebygging eller helsefremming av den kroniske sykdommen, selv om dette naturlig nok kan bli en bonus dersom disse menneskene ivaretar eller forbedrer sin psykiske helse.

Det finnes flere måter å arbeide forebyggende. Tidligere snakket vi gjerne om primær, sekundær og tertiærforebygging. Disse begrepene er i dag på vei ut, og erstattes av universell, selektiv og indisert forebygging(Major et al., 2011: 1).

Corbin & Strauss (1991) beskriver tre ulike planer for å påvirke sykdomsforløpet. Planen varierer ut ifra om målet er å endre forløpet i sin helhet, symptomkontroll eller å håndtere funksjonshemming. Både ved universell, selektiv og indisert forebygging kan vi prøve å påvirke forløpet i positiv retning, mot bedre livskvalitet.

Universell forebygging handler om å forhindre eller utsette at sykdom oppstår(Mæland, 2005a). Som tidligere presentert kan god mestring, sosial støtte og kontroll, og faktorer som bidrar til dette, fungere både som en buffer mot depresjon/psykiske plager og lidelser, og kan være med på å fremme positive følelser, emosjonell tilpasning, livskvalitet og psykisk helse. Derfor mener jeg at disse faktorene både kan fungere som universell forebygging av psykiske plager og lidelser, mens også virke helsefremmende. Disse faktorene bidrar dermed, som generelle motstandsressurser, til at individet styrker sin SOC og beveger seg mot god helse på kontinuumet. Det helsefremmende arbeidet fokuserer på ressurser for helse, mens det forebyggende har et fokus på risikofaktorer for sykdom(Mæland, 2005a). Min forståelse til dette blir da at disse grensene er så flytende at vi både kan snakke om forebygging og helsefremming.

Som Mæland(2005a) skriver, kommer vi ikke utenom sykdomsforebygging. Og mine funn indikerer at det finnes risikofaktorer som helsepersonell må være oppmerksomme på og iverksette tiltak mot. Dette kalles selektiv forebygging. Både De Jonge et al. (2009) og Beekman et al. (2010) viser til at selektiv forebygging kan ha effekt. Ulempene med slik forebygging, som Mæland (2005a) påpeker, er at det kan være vanskelig å vite når disse risiko-faktorene er ”farlige” eller ei. I tillegg er det et viktig poeng at forebyggende behandling kan være kostbart, og kan skape frykt og usikkerhet, passivisering og avhengighet, dersom helsepersonell påpeker at pasienten er i risikogruppen(Mæland, 2005a).

På den andre siden, kan dette bidra til at pasienten får en oppvekker? At det kan virke som en drivkraft til å gjøre endringer der det trenges? Igjen tenker jeg at helsepersonell har en viktig oppgave, med å formidle den informasjon som trenges, på en riktig måte. I følge mine funn kan sosial støtte både fungere som en helsefremmende- eller en risikofaktor. Det går ikke akkurat å si til en pasient at ”ja, du bør finne deg en ektefelle, da vil alt bli bedre!”. Men som vi har lest tidligere er sosial støtte så mange ting. Det finnes støttegrupper, for eksempel gjennom ulike forbund som diabetesforbundet, kreftforeningen med mer, der pasientene både kan søke sosial støtte og snakke med mennesker som er/har vært i samme situasjon og LMS er også en arena hvor pasienter kan møte andre med liknende erfaringer.

De Jonge et al. (2009) fant ikke den samme effekten på forebygging hos de pasientene som hadde mye smerter. Major et al. (2011, s. 32) skriver at det finnes en ”nær sammenheng mellom kroniske smerter og angst, depresjon, søvnvansker og selvmord”. Verhaak et al. (2005) poengterte også at mennesker med kroniske sykdommer som bar preg av mye smerter hadde høyere risiko for psykiske lidelser. Her er det naturlig å tenke at smertelindring i seg selv vil være et godt tiltak både som forebyggende ved psykiske lidelser, og for bedre livskvalitet og helse. Men som Major et al. (2011) skriver er flere smertestillende medikamenter vanedannende og kan i verste fall føre til avhengighet om misbruk, og kan ha uheldige bivirkninger. Det finnes i midlertidig flere meta-studier som viser til at KAT er effektivt i behandling og forebygging av kroniske smerter, og at dette kan være et viktig satsingsområde i forebygging av depresjon (Major et al., 2011).

Jeg synes det er et interessant poeng De Jonge et al. (2009) kommer med, at forebygging kan integreres i vanlig behandling, fremfor at pasienten må forholde seg til flere arenaer, som for eksempel ved KAT. Samtidig er intervensjoner utført av forskerne basert på at psykiatriske sykepleiere leder dem. Det er ikke gitt at sykepleiere i somatikken har denne spesialutdannelsen. Jeg har heller ikke grunnlag, på bakgrunn av mine funn, til å si at helsepersonell bør ha utdanning innen psykiske helsearbeid/psykiatri. Et annet poeng er at KAT er en terapiform som blir mer og mer utbredt og lettere tilgjengelig, for eksempel som KiD (kurs i depresjonsmestring) i kommunene (Rådet for Psykiske Helse, 2010).

Indisert forebygging beskrives som å iverksette tiltak der hvor pasienten viser begynnende tegn på psykiske lidelser. Målet er og bedre eller minske følgene av sykdommen. Her fant Beekman et al. (2010) at dette er både effektivt og økonomiske lønnsomt. Disse funnene er

ikke direkte overførbare til mennesker med kronisk sykdom, da indisert forebygging ble iverksatt på eldre, og det er ikke noe som direkte tilsier at disse hadde kroniske sykdommer. Dette er en svakhet med studien min. For å være litt dristig vil jeg allikevel påstå at det er stor sannsynlighet for at disse eldre menneskene hadde minst en kronisk sykdom. Med basis i de andre funnene, er det i hvert fall logisk å tenke seg at indisert forebygging kan være effektivt også hos mennesker med kronisk sykdom.

Slik som Mæland (2005a) nevner, er også det økonomiske aspektet viktig. Selv om dette ikke har vært fokus i min oppgave, er det allikevel ikke til å komme fra at økonomi spiller en vesentlig rolle, i alle deler av helsevesenet. Beekman et al. (2010) skriver at forebyggingen er økonomisk lønnsom, men om dette er overførbart til norske forhold, har jeg ikke mulighet til å drøfte her. Det som er spennende, synes jeg, er den økende kunnskapen om, og interessen for forebygging og behandling over internett. ”Internettbaserte selvhjelpsprogrammer basert på kognitiv atferdsterapi har vist positiv effekt på en rekke problemer hos voksne” (Major et al., 2011, s. 32). Van Bastelaar, K., Cuijpers, P., Pouwer, F., Riper, H. & Snoek, F. J. (2011) utførte en studie hvor de fant at KAT over internett reduserte depressive symptomer og sykdoms-spesifikt stress hos mennesker med diabetes. De mente at dette var overførbart også til andre sykdomstilfeller, til en billig penge. På denne måten kan helsevesenet nå flere, til en laver pris og på bredere grupper, og dette virkemiddelet kan både virke forebyggende og som enkel behandling. På den andre siden, ettersom dette, tilsynelatende kan bli mer og mer attraktivt og benyttet, vil den fysiske kontakten mellom helsepersonell og pasienten, bli redusert. Corbin & Strauss (1991) mente at den teknologiske utviklingen ”sto i veien for pleien”. Med andre ord er ikke denne utviklingen ensidig positiv.

5.0 Avslutning

I denne oppgaven har jeg undersøkt sammenhengen mellom kronisk somatisk sykdom og psykisk helse. Oppgaven var et litteraturstudie, hvor jeg gjennom systematiske søk i databaser fant 10 forskningsartikler som skulle besvare problemstillingen. Problemstillingen var: hvordan kan den psykiske helse ivaretas hos mennesker som lever med kronisk somatisk sykdom? Jeg har besvart problemstillingen ved å ta utgangspunkt i tre forskningsspørsmål. Jeg kan ikke på bakgrunn av denne studien trekke noen slutninger eller konklusjoner ut ifra funnene mine. På grunn av rammene for oppgavens struktur, både i antall ord og tid, har jeg måtte begrense meg selv. Det vil si at jeg ikke hadde hatt mulighet for å inkludere for mange

artikler. Nå var i midlertidig ikke dette et problem, da jeg ikke fant flere artikler som jeg så egnet til å besvare mine forskningsspørsmål. Det at de ulike artiklene hadde forskjellige metodiske og teoretiske utgangspunkt kompliserte analyseprosessen. Jeg kunne ha drøftet flere av funnene mer inngående, men jeg måtte også her begrense dette. Jeg har etter beste evne og nøyaktighet utført søk og valgt artikler i datainnsamlingen. Allikevel kan jeg ha oversett noe viktig. Med tanke på oppgavens pålitelighet har jeg forsøkt å vise transparens gjennom studien, men jeg kan ikke med sikkerhet si at andre forskere ville kommet frem til samme funn som meg. Mine erfaringer og min forforståelse kan ha påvirket funnene, men jeg har under hele forskningsprosessen reflektert rundt hva som har vært min egen forforståelse og hva som har vært tekstenes innhold. Flere av mine funn har blitt styrket av annen forskning og det teoretiske rammeverket.

Funnene i studien har blitt presentert under de tre forskningsspørsmålene:

- Hvordan kan de med kronisk sykdom selv bidra til å ivareta eller forbedre sin psykiske helse?
- Hvordan kan helsepersonell bidra til å unngå eller lette psykiske helseplager hos de med kronisk sykdom?
- Hvordan kan psykiske plager og lidelser forebygges hos mennesker med kronisk sykdom?

Individer med kronisk sykdom kan bidra til å ivareta eller forbedre sin psykiske helse på flere måter. Hensiktsmessige mestringsstrategier ble i flere av funnene beskrevet som blant annet å søke sosial støtte, problemløsning og få utløp for følelser. Individet kunne, ved å bruke hensiktsmessige mestringsstrategier få bedre sykdomstilpasning, økt sosial støtte, positive følelser og oppleve mindre stress. Hensiktsmessig mestring kunne fungere som en buffer mot depresjon og gi bedre psykiske helse. Mindre hensiktsmessige mestringsstrategier, som benektning og unngåelse kunne føre til økning av depressive symptomer, stress og dårligere psykisk helse.

Sosial støtte, og opplevd sosial støtte, kunne både fungere som en mestringsstrategi, eller som en faktor som økte hensiktsmessig mestring. Sosial støtte, og særlig emosjonell sosial støtte, kunne bidra til at individet fikk utløp for følelser, og sosial støtte kunne føre til økt sosial aktivitet. Hvordan individet oppfattet sin sykdom, som kontrollerbar, som noe han/hun kunne mestre, som stress eller som en trussel kunne ha sammenheng med individets psykiske helse.

Å ha kontroll over sykdommen, eller i det minste symptomene, kunne fungere som en mekler mellom psykisk helse og psykiske plager eller lidelser. Optimisme kunne bidra til bedre mestring, bedre sykdomstilpasning bedre benyttelse av det sosiale støtteapparatet. De fem kategoriene kunne betegnes som helsedeterminanter, da de med positivt fortegn fungerte som ressurser, eller motstandsressurser. Dersom de sto med negativt fortegn, kunne de øke risikoen for psykiske helseplager eller bidra negativt på den psykiske helsen.

Funnene mine i forhold til første forskningsspørsmål gir ikke noen konklusjon, det vil si, jeg kan ikke med sikkerhet si at disse faktorene bidrar til bedre psykisk helse, da ingen av artiklene presenterer forskning som direkte kan knyttes til hvordan den psykiske helsen hos individet kan bedres. De ulike kategoriene er også noe flytende i kantene og går inn i hverandre, som for eksempel forholdet mellom mestring og sosial støtte. Funnene mine får allikevel støtte fra tidligere forskning og anerkjente teoretikere, og ut ifra dette vil jeg si at mine funn har gitt svar på forskningsspørsmålet.

Helsepersonell kan bidra til å unngå eller lette psykiske plager og lidelser gjennom undervisning og veiledning. Dette kan bidra til at pasienten bruker mer hensiktsmessige mestringsstrategier, opplever kontroll og får et bedre sykdomsutfall. Ved at helsepersonell har kunnskap om risikofaktorer som kan svekke den psykiske helsen eller øke risikoen for psykiske plager og lidelser kan de rette tiltak der det er nødvendig, ved hjelp av ulike intervensjoner. Det viktigste funnet er at KAT har god effekt, i følge flere av studiene, både ved depressive symptomer og ved depresjon og/eller angst. Dette støttes også fra andre hold og bidrar til å styrke mine funn. KAT finnes i flere former, og mine funn tydet på at alle formene for KAT hadde effekt på bedring av psykiske plager eller lidelser. Også andre intervensjoner presentert i mine funn viste effekt, men her var det mindre tydelig hva som gav effekt. For eksempel kom det ikke klart frem i Cimpean & Drake's (2011) studie, om det var psykoedukasjon, antidepressiva og konsultasjoner av psykiatriske sykepleiere, eller CCM som bidro til bedring i pasientenes depressive symptomer.

Mine funn tyder på at psykiske plager og lidelser kan forebygges hos mennesker med kroniske sykdommer, men det trengs mer forskning. Alle kategoriene i første forskningsspørsmål ble antydning å kunne ha en forebyggende eller helsefremmende effekt, dersom de fungerte som ressurser og ikke som motstandsunderskudd for individet. Det finnes antydninger til at forebygging hos høyrisikogrupper, og i tilfeller hvor begynnende

symptomer har oppstått, kan være effektivt. Også her blir intervensjoner basert på KAT nevnt som effektive forebyggende tiltak.

Hvordan kan den psykiske helse ivaretas hos mennesker som lever med kronisk somatisk sykdom? Som jeg har påpekt kan individet selv og helsepersonell bidra til å ivareta den psykiske helsen. Både gjennom tiltak som kan bedre den psykiske helse, forebygge psykiske plager og lidelser og gjennom intervensjoner. Særlig har KAT, i ulike former, vist seg effektivt både som selektiv og indisert forebygging og som behandling av psykiske plager og lidelser.

Mine funn gir noen implikasjoner til praksis. Det er viktig at individet selv har fokus på den psykiske helsen sin og benytter sine helsefremmende ressurser. Dette kan helsepersonell bidra med, slik at individet får et bedre sykdomsforløp og SOC, som bidrar til bedre livskvalitet og helse. Helsepersonell kan ved å ha fokus på helsefremmende ressurser styrke pasientens SOC. LMS er etablert i alle helseforetakene i Norge. Jeg vet at LMS ved SUS har fokus på somatiske sykdommer og mestring, mens Jæren LMS har fokus på psykiske lidelser og mestring. Med tanke på mine funn tenker jeg at det kan det være hensiktsmessig å integrere en form for KAT, eller i det minste teknikker fra KAT, inn i kursene som blir holdt på SUS LMS.

Videre bør det forskes mer på hva som fremmer psykiske helse hos mennesker med kroniske sykdommer. Forskning som foreligger i dag bærer fremdeles preg av et medisinsk- og sykdomsorientert fokus. Det kunne vært spennende å utforske effekten kursene ved LMS har på helsefremming og forebygging av psykiske plager og lidelser hos mennesker med kroniske somatiske sykdommer. Få studier på tema, om noen, er utført i Norge. Vi kan dermed ikke med sikkerhet si hvilke faktorer som spiller inn på den psykiske helse hos mennesker med kronisk sykdom i Norge. Kroniske sykdommer vil fortsette å øke i antall i årene som kommer og psykiske helse hos disse menneskene er et viktig tema å sette fokus på. Det var også hensikten min med denne oppgaven.

6.0 Referanser

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Aveyard, H. (2007). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide*. Buckingham: Open University Press.

Beekman, A. T. F., Smit, F., Stek, M. L., Reynolds, C. F. & Cuijpers, P. C. (2010). Preventing depression in high-risk groups. *Current Opinion in Psychiatry*. 23: 8 – 11.

Beltman, M. W., Oude Voshaar, R. C. & Speckens, A. E. (2010). Cognitive-behavioural therapy for depression in people with somatic disease: meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*. 197: 11 – 19.

Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E. & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 68: 539 – 544.

Brataas, H. V. & Steen-Olsen, T. (2003). *Kvalitet i samspill. Innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Cimpean, D. & Drake, R. E. (2011). Treating co-morbid chronic medical conditions and anxiety/depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 20: 141 – 150.

Clarke, D. M. & Currie, K. C. (2009). Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Medical Journal of Australia*. 190: S54 – S60.

Corbin, J. M. & Strauss, A. (1991). A Nursing Model for Chronic Illness Management Based Upon the Trajectory Framework. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*. 5: 155 – 174).

Curtis, R., Groarke, A. M., Coughlan, R. & Gsel, A. (2004). The influence of disease severity, perceived stress, social support and coping in patients with chronic illness: a 1 year follow up. *Psychology, Health & Medicine*. 9: 457 – 475.

Dalgard, O. S. & Sørensen, T. (2009). Sosial nettverk, sosial støtte og nærmiljø – viktige faktorer for helsen. I Mæland, J. G., Elstad, J. I., Næss, Ø. & Westin, S. (red). *Sosial epidemiologi. Sosial årsaker til sykdom og helsesvikt*. (1.utg., s. 96 – 114). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgave-skriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

De Jonge, P., Hadj, F. B., Boffa, D., Zdrojewski, C., Dorogi, Y., So, A., Ruiz, J. & Stiefel, F. Prevention of Major Depression in Complex Medically Ill Patients: Preliminary Results From a Randomized, Controlled Trial. *Psychosomatics*. 50: 227 – 233.

D’Zurilla, T. J. & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. I Dobson, K. S. (red). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. (3.utg., s. 197 – 225). New York: The Guilford Press.

Ekeland, T. J., & Heggen, K. (2010) *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fjerstad, E. (2011). *Frisk og kronisk syk. Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (2007). *Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring*. Oslo: Cappelens Forlag.

Goulia, P., Papadimitriou, I., Machado, M. O., Mantas, C., Pappa, C., Tsianos, E., Pavlidis, N., Drosos, A. A., Carvalho, A. F. & Hyphantis, T. (2011). Does psychological distress vary between younger and older adults in health and disease? *Journal of Psychosomatic Research*. 72: 120 – 128.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24: 105 - 112.

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2010) *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009, mai). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. (Rundskriv IS-1561). Oslo: Direktoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2010, januar). *INDIVIDUELL PLAN 2010 – Veileder til forskrift om individuell plan*. (Rundskriv IS-1253). Lokalisert på <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/individuell-plan-veileder-til-forskriften/Publikasjoner/individuell-plan-veileder-til-forskriften.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2010 - 2011). *Helhet og sammenheng*. (St. Meld. Nr. 16, 2010-2011). I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Oslo: Departementet.

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.

Kiviruusu, O., Huurre, T. & Aro, H. (2007). Psychosocial resources and depression among chronically ill young adults: Are males more vulnerable? *Social Science & Medicine*. 65: 173 – 186.

Langeland, E. (2011). Salutogene samtalegrupper – en arena for økt mestring og velvære. I Lerdal, A. & Fagermoen, M. S. (red). *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. (1. Utg. s. 208 – 235).

Langeland, E. (2012). Betydningen av den salutogene modell for sykepleie. *Klinisk sykepleie*. 26: 38 – 48.

Lazarus, R. S. (1999). *Stress and Emotion*. New York: Springer Publishing Company.

Lerdal, A. & Fagermoen, M. S. (2011). *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011: 1). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. (Nasjonalt folkehelseinstitutt Rapport nr. 1, 2011). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

Mæland, J. G. (2005a). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mæland, J. G. (2005). Forebygging – vakker tanke eller fornuftig handling? I Stamsø, M. A. (red.) *Velferdsstaten i endring. Norsk helse – og sosialpolitikk ved starten av ett nytt århundre*. (s.264 – 281). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mæland, J. G. (2009). *Hva er helse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nes, R. B. & Clench-Aas, J. (2011: 2). *Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. (Nasjonalt folkehelseinstitutt Rapport nr. 2, 2011). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. 01.januar 2001 (sist endret 01.januar 2012). Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-063-003.html>

Petrie, K. J., Jago, L. A. & Devcich, D. A. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*. 20: 163 – 167.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rådet for Psykisk Helse. (2010). *Dette er Kurs i mestring av depresjon (KiD)*. Lokalisert på Lest 25. Juni 2013. Hentet fra: <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=27698>

Seikkula, J. (2012). *Åpne samtaler*. Oslo: Universitetsforlaget.

Stanton, A. L., Revenson, T. A. & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annu. Rev. Psychol.* 58: 565-92.

Taylor, S. E. (2006). *Health psychology*. Boston: Mc Graw-Hill

Thagaard, T. (2010). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Van Bastelaar, K., Cuijpers, P., Pouwer, F., Riper, H. & Snoek, F. J. (2011). Development and reach of a web-based cognitive behavioral therapy programme to reduce symptoms of depression and diabetes-specific distress. *Patient Education and Counseling*. 84: 49 – 55.

Veerhak, P. F. M., Heijmans, M. J. W. M., Peters, L. & Rijken, M. (2005). Chronic disease and mental disorder. *Social Science & Medicine*. 60: 789 – 797.

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (1.utg., s. 57 – 79). Lund: Studentlitteratur.

Waghorn, J. (2009). Depression in chronic medical illness. *Mental Health Practice*. 12: 16 – 20.