

Belastning, mestring og psykisk helse hos pårørende til mennesker med ruslidelse

FORFATTERE

Tone Larsen Hoel

Seniorrådgiver

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

Amy Østertun Geirdal

Professor

Fakultet for samfunnsvitenskap, Institutt for sosialfag, Høgskolen i Oslo og Akershus.

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Rusmisbruk kan være svært belastende for rusmisbrukerens pårørende.

Hensikt: Studiens hensikt var å undersøke grad av belastning, bruk av mestringsstrategier og psykisk helse, og sammenhengen mellom disse variablene, hos pårørende til rusmisbrukere.

Metode: Vi gjennomførte den kvantitative tverrsnittstudien høsten 2014. For å rekruttere pårørende kontaktet vi hjelpeinstanser og mestringstilbud i Telemark. Spørreskjema inneholdt spørsmål om demografiske og rusrelaterte forhold, belastning (The Burden Assessment Schedule 20), psykisk helse (The General Health Questionnaire 12) og mestring (The Brief Coping Orientation to Problems).

Resultat: Førtifire kvinner og tre menn (n = 47) deltok i studien. Gjennomsnittsalder og gjennomsnittlig antall år i pårønderollen var henholdsvis 50 og 15 år. De pårørende viste en betydelig grad av belastning og psykiske symptomer. De rapporterte at de brukte både problem- og emosjonsfokuserede mestringsstrategier for å håndtere situasjonen som pårørende. Økt belastning viste en sammenheng med økte psykiske symptomer og mer planlegging, mens en større grad av akseptering hadde sammenheng med færre psykiske plager.

Konklusjon: Pårørende til rusmisbrukere har store belastninger og psykiske helseplager og anvender både problem- og emosjonsfokuserede strategier for å mestre utfordringene. Når hjelpeapparatet møter de pårørende, bør det fokusere på å gi støtte og bistand slik at de pårørende kan ta bevisste valg av hensiktsmessige mestringsstrategier.

Når et familiemedlem har et rusproblem, påvirkes relasjoner, roller og fungering. Det enkelte familiemedlemmet og familien som system er belastet i ulik grad (1–4). Pårørende

må finne måter de kan mestre situasjonen og ivareta egen helse på.

Stress, mestring og helse er tett relaterte (5), og langvarig belastning og stress kan gi både fysiske og psykiske helseeffekter (5–7). Alkoholproblemer er ikke bare et individuelt problem, men i høy grad en relasjonell utfordring (2). En japansk studie, som inkluderte 543 pårørende til rusmisbrukere, viste at over halvparten av de pårørende hadde dårlig mental helse (4). Også i Norge er både somatiske og psykiske plager påvist hos pårørende til rusmisbrukere (8–9). Sammenfallende belastninger som bekymringer, uforutsigbarhet, utrygghet, økonomiske belastninger, redsel, skyld, skam, sorg, stigma, krenkelsler, konflikter, konsekvenser av uansvarlighet, stadige nye kriser, en opplevelse av alltid å måtte være på vakt, tap av sosial støtte, mestringsdilemmaer og usikkerhet for fremtiden er påvist hos pårørende på tvers av kulturer (10).

STRATEGIER FOR Å HÅNTERE UTFORDRINGER

Mestringsstrategier er tankemessige, intrapsyke (bevisste eller ubevisste) eller konkrete atferdsstrategier som brukes for å håndtere utfordringer, og blir ofte delt inn i problem- og emosjonsfokuserte strategier. Problemfokuserte strategier inkluderer håndteringsmåter der man aktivt søker å løse de problemene som skaper stress for å endre situasjonen. Emosjonsfokuserte strategier involverer anstrengelser for å regulere følelser og dempe indre uro og ubehag som følger av stresset (11, 12). I mestringsteori, som hos Carver og medarbeidere (12), skiller det i tillegg mellom adaptive (hensiktsmessige) og maladaptive (uhensiktsmessige) mestringsstrategier som går på tvers av problem- og emosjonsfokuserte strategier. De understreker at det som kan oppfattes som maladaptiv mestring i én sammenheng, kan være adekvat og adaptiv i en annen (12).

Ifølge sentrale mestringsforskere som Lazarus og Folkman (11) er oppmerksomhet på mestringsstrategier nyttig ved at de egner seg for kognitive og atferdsrettete intervensjoner og gir muligheter for endring. Hvis mestringsstrategier brukes effektivt, kan de fungere som en buffer mot negative effekter som stressfremkallende situasjoner kan ha på individet (11). Å være pårørende til en rusmisbruker kan være en slik situasjon hvor manglende opplevelse av kontroll og mestringsmuligheter samt ineffektiv mestring kan forverre helsetilstanden (13, 14). Pårørende mangler ofte støtte, forståelse og hjelpetilbud, og egne følelser og behov kommer som regel i andre rekke (14, 15).

MER VEKT PÅ PÅRØRENDE

I de senere årene er de pårørendes egne behov og hensiktsmessig mestring vektlagt stadig mer, både innen somatisk og psykisk helsevesen (16–18). Ifølge Vifladt og medarbeidere (19) har forekomsten av vedvarende og sammensatte helseutfordringer økt i befolkningen. Derfor må oppmerksomheten flyttes fra den tradisjonelle behandlingsmodellen der eksperter «friskgjør» pasienter, til pasientens og pårørendes egen selvforståelse, innsats og mestring. Også Verdens helseorganisasjons (WHO) forslag om å endre definisjonen på helse til «the ability to cope and selfmanage» viser at mestring har betydning (20).

Tross omfattende forskning innen stressmestringsfeltet er det forsket lite på hvordan pårørende til rusmisbrukere mestrer sin livssituasjon. Basert på tidligere forskning om sammenheng mellom vedvarende belastning og svekket helse var hensikten med denne kvantitative tverrsnittsstudien å undersøke grad av belastning, bruk av mestringsstrategier og psykisk helse hos pårørende til rusmisbrukere samt å undersøke mulige sammenhenger mellom variablene. Hypotesen var at de pårørende har en høy grad av belastning, at mange har dårlig psykisk helse, og at grad av belastning og bruk av mestringsstrategier har sammenheng med opplevd psykisk helse.

METODE

DESIGN

Vi gjennomførte en kvantitativ tverrsnittsstudie høsten 2014. Pårørende til mennesker med ruslidelse svarte på standardiserte spørreskjemaer om belastning, psykisk helse og mestring. Spørreskjemaene inneholdt også spørsmål om demografiske data og rusrelaterte forhold hos respondenten. Et tverrsnittsdesign viser ikke årsaksforklaringer, bare mulige sammenhenger. Korrelasjoner vil imidlertid, i henhold til induksjonsprinsipper, støtte og styrke en hypotese (21).

UTVALG OG REKRUTTERING

Inklusjonskriterier for deltakelse var å være pårørende (barn, foreldre, steforeldre, samboer eller ektefelle, besteforeldre eller søsken) til én eller flere med ruslidelse. Ruslidelse inkluderer problematisk bruk av illegale rusmidler, alkohol eller ikke-forskrevne medikamenter. Deltakerne måtte også være over 16 år. Eksklusjonskriterier var ruslidelse i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse, som psykoser, og egen omfattende rusbruk.

Vi inviterte pårørende i kontakt med poliklinikker innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, et «møteplasztilbud», et veiledningssenter og en interesseorganisasjon for rusmisbrukere og deres pårørende i Telemark i perioden september til desember 2014 til å delta i studien.

Informasjonsskriv, invitasjon, samtykkeerklæring, selvutfyllende spørreskjema og ferdig adressert, frankert konvolutt for tilbakesending til forsker ble formidlet til deltakerne via behandlere og kontaktpersoner i ovennevnte institusjoner og organisasjoner.

ETIKK OG PERSONVERN

Studien ble utført som en mastergradsstudie i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Oslo og Akershus og var forhåndsgodkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst. Alle deltakerne ga skriftlig informert samtykke. Svarene var anonyme og ble returnert til forsker. Deltakerne kunne når som helst trekke seg fra studien uten konsekvenser.

SPØRRESKJEMAENE

DEMOGRAFI OG RUSRELATERTE FORHOLD

Vi registrerte kjønn, sivilstatus, utdanningsnivå, yrkesstatus og inntekt. Når det gjaldt rusrelaterte forhold knyttet til pårørendes livssituasjon, omhandlet spørsmålene hvor ofte de hadde kontakt, hvorvidt de pårørende bodde sammen med misbruker, hvordan de opplevde konsekvenser av misbruket, hvilken hjelp de ga til misbruker, hvorvidt de hadde vokst opp i hjem med rus, og hvilken type rusmidler den rusavhengige primært brukte.

BELASTNING

Vi målte typen og graden av belastning på den pårørende med The Burden Assessment Schedule (BAS 20) (22). BAS inneholder 20 spørsmål fordelt på fem delfaktorer: 1) innvirkning på velvære, 2) hvorvidt omsorgen settes pris på, 3) innvirkning på relasjoner til andre, 4) ruslidelsens opplevde alvorlighetsgrad og 5) relasjonen i parforholdet. Hver faktor har fire spørsmål med en tredelt skala: «overhodet ikke» = 1 eller 3, «til en viss grad» = 2 og «svært mye» = 3 eller 1. Sumskår per delfaktor går fra 4–12 og totalskår fra 20–60. Høyere skår indikerer høyere eller økt belastning.

I tillegg var det mulig å krysse av for «ikke aktuelt». I denne studien var delfaktoren «relasjonen i parforholdet» kun aktuell for fem pårørende og ble derfor ekskludert i beregning av BAS-totalskår. Totalskår i studien besto derfor av fire delfaktorer med totalskår fra 16–48. Det er kun totalskåren som er anvendt i studien. Ved missing eller svar «ikke

aktuelt» på et spørsmål per delfaktor i BAS ble verdien erstattet av gjennomsnittskår, «the case mean substitution technique», som beskrevet av Fox-Wasylyshyn og El-Masri (23). Ved missing eller svar «ikke aktuelt» på to eller flere spørsmål per delfaktor i BAS ble respondentens aktuelle delfaktorskår utelatt. 41 respondenter ble inkludert i BAS-totalskår.

Weimand, som har oversatt BAS til norsk (24), ga tillatelse til at vi kunne bruke verktøyet. Sell og medarbeidere (22) beskrev validitet og reliabilitet som akseptabel på den originale målgruppen.

PSYKISK HELSETILSTAND

For å måle psykisk helsetilstand brukte vi The General Health Questionnaire 12 (GHQ 12), et screeningsinstrument for å identifisere psykisk negativt stress (distress) og allmenne psykiske symptomer (25). GHQ 12 består av 12 spørsmål, hvorav seks spørsmål er positivt formulert med følgende svaralternativer: 0 = «mer enn vanlig», 1 = «samme som vanlig», 2 = «mindre enn vanlig» og 3 = «mye mindre enn vanlig». De øvrige seks spørsmålene er negativt formulert med følgende svaralternativer: 0 = «ikke i det hele tatt», 1 = «ikke mer enn vanlig», 2 = «mer enn vanlig» og 3 = «mye mer enn vanlig».

Vi brukte to ulike skåringssystemer: Vi anvendte Likert-skår med totalskår fra 0–36, der høy skår indikerer redusert velvære, problemer og funksjonssvikt i en grad som peker i retning av psykisk lidelse. Som screeninginstrument for å identifisere sykdomstilstand anvendte vi også en enkel skåring. Det vil si at Likert-skårene ble dikotomisert slik: 0 og 1 = 0, mens 2 og 3 = 1, med en totalskår fra 0–12. I henhold til tidligere studier valgte vi cut-off for case (indikasjon på signifikant sykdomstilstand) ved skår på >4 (26).

MESTRING

The Brief Coping Orientation to Problems (Brief COPE) (27) er kortversjonen av The COPE Inventory (12) og måler ulike mestringsstrategier for å håndtere og takle stress. Brief COPE består av 28 spørsmål fordelt på 14 skalaer med ulike mestringsstrategier: aktiv mestring, planlegging, ventilering, bruk av instrumentell støtte, bruk av emosjonell støtte, aksept, positiv reformulering, benekning, atferdsmessig avstandtagen (å gi opp), selvdistraksjon, selvbefridelse, humor, religion og rusbruk. Alle fordeles i problemfokuserete (PF) og emosjonsfokuserete (EF) samt i adaptive (A) og maladaptive (MA) strategier (12). Hver strategi måles med to spørsmål, der personen svarer på hvor ofte vedkommende bruker de ulike strategiene for å mestre stress – i dette tilfellet relatert til å være pårørende til en rusmisbruker. Hvert spørsmål skåres på en skala fra 1–4: 1 = «ikke i det hele tatt», 2 = «litt», 3 = «ganske mye» og 4 = «veldig mye». Sumskåren er fra 2–8. Jo høyere sumskår, jo mer bruk av strategien. The Brief COPE er oversatt til norsk av Kristiansen (28), som ga tillatelse til at vi kunne bruke verktøyet.

ANALYSE

Ikke-parametriske tester ble anvendt grunnet manglende normalfordeling i datamateriale og et relativt lite utvalg. Vi brukte deskriptive analyser: frekvenser (n) med prosent (%) for å presentere demografiske og rusrelaterte variabler, median (Md) og kvartil differanse (KD) for å presentere skårene på de kontinuerlige skalaene: BAS, de ulike mestringsstrategiene i Brief COPE og GHQ 12.

Vi utførte bivariate korrelasjonsanalyser mellom BAS, strategiene i Brief COPE og GHQ 12 med Spearman's rank-order-korrelasjonskoeffisient (ρ). Cronbach's alfa ble brukt for å måle den interne konsistensen i de standardiserte måleinstrumentene, og viste gode verdier: BAS (0,87), Brief COPE (>0,78 på alle skalaer) og GHQ 12 (0,89). Signifikansnivået på <0,05 ble anvendt for alle testene. Analysene ble utført med SPSS 22.

RESULTATER

Av 47 respondenter var 44 kvinner (94 prosent). Tjuefem (53 prosent) var gifte eller samboere. Gjennomsnittsalderen i utvalget var 50 år (SD 14), og gjennomsnittlig antall år i pårønderollen var 15 år (SD 12). 20 respondenter (43 prosent) var i arbeid eller utdanning, mens 27 (57 prosent) ikke var i fast daglig sysselsetting. 51 prosent hadde en inntekt på mindre enn 450 000 i året. Rusrelaterte variabler er presentert i tabell 1.

Tabell 1: Rusrelaterte variabler hos pårørende

	Antall (n)	Prosent (%)
Kontakt med rusmisbruker		
Kontakthypighet: minst én gang daglig	24	51
Kontakthypighet: ukentlig eller sjeldnere	23	49
Bor sammen med misbruker*	10	21
Vokst opp i hjem preget av rusmisbruk	22	47
Konsekvenser av misbruket		
Opplevd økonomiske problem grunnet rusmisbruker	34	72
Opplevd å bli utsatt for krenkelser, trusler, vold og/eller overgrep av misbruker	22	47
Hatt kontakt med politi/rettsvesen grunnet misbruker	34	72
Selv fått hjelp grunnet sin situasjon som pårørende	37	79
Hjelp til misbruker		
Yter emosjonell støtte til misbruker	38	81
Yter praktisk støtte til misbruker	28	60
Yter økonomisk støtte til misbruker	24	51
Hjelper misbruker i kontakten med det offentlige/hjelpesystemet	20	43
Hjelper med annet	6	13
Slektskap**		
Foreldre til misbruker	32	68
Barn av misbruker	11	24
Søsken til misbruker	4	9
Samboer/ektefelle til misbruker	5	11
Kjæreste til misbruker	1	2
Annen relasjon	5	11
Er pårørende til flere misbrukere	7	15
Rusmiddelbruk***		
Pårørende til alkoholmisbruker	17	36
Pårørende til misbruker av illegale rusmidler	34	72
Pårørende til misbruker av medikamenter	12	26
Pårørende til blandingsmisbruker	15	32

Note:

* 1 respondent missing

** Respondentene kunne være i slekt med flere misbrukere og ble da medregnet både i tallene for de ulike typene slektskap og i kategorien «Er pårørende til flere misbrukere».

*** 3 missing på spørsmålet om type misbruk. I denne kategorien kunne respondentene svare at den de var pårørende til, brukte flere typer rusmidler. De ble da medregnet i tallene både for de ulike typene rusmidler og kategorien «Pårørende til blandingsmisbruker».

Resultatene viste at pårørende er en gruppe med store belastninger og betydelig grad av psykiske symptomer. Som vist i tabell 2 var medianverdien på BAS-totalskår 35 (KD 9), GHQ 12-median 12 (KD 11), og 29 respondenter (62 prosent) hadde en GHQ 12-skår >4, det vil si over caseskår, som indikerer klinisk psykisk sykdom og behov for hjelp.

Medianverdiene på mestringskalaene varierte mellom 2–6. Dette betyr at alle mestringsstrategiene ble brukt til en viss grad. De problemfokuserede strategiene planlegging, instrumentell støtte og aktiv mestrings sammen med de emosjonsfokuserede strategiene selvdistraksjon, emosjonell støtte og aksept ble mest benyttet. Med unntak av selvdistraksjon er disse definert som adaptive strategier. Den emosjonsfokuserede strategien humor, som kategoriseres som en adaptiv strategi, var minst brukt (tabell 2).

Korrelasjonsanalysene viste at økt grad av belastning har sammenheng med økte psykiske plager ($\rho = 0,375$, $p < 0,05$). Økt bruk av mestringsstrategien aksept viste sammenheng med mindre grad av psykiske plager ($\rho = -0,342$, $p < 0,05$), og økt belastning med mer bruk av strategien planlegging ($\rho = 0,316$, $p < 0,05$) (tabell 3).

Tabell 2: Belastning, psykisk helse og mestring hos pårørende til rusmisbrukere

	Md	KD
Belastning (BAS) ^	35	9
Psykisk stress (GHQ 12 Likert-skår) *	12	11
Psykisk stress (GHQ 12 case-skår) ** (n (%))	29 (62)	
Mestring		
Brief COPE-skalaer ***		
Aktiv mestring	6	2
Ventilering	5	2
Selvdistraksjon	6	3
Aksept	5	2
Positiv reformulering	4	2
Humor	2	1
Religion	4	3
Planlegging	6	3
Søke emosjonell støtte	6	2
Søke instrumentell støtte	6	2
Selvbebreidelse	4	4
Benektelse	4	3
Atferdsmessig avstandtagen	3	2
Rusbruk	2	2

Note:

n = 47,

^ n = 41. BAS-skalaen har skårverdi fra 16–48, der høyere skår betyr høyere grad av belastning.

* GHQ 12 Likert-skalaen har skårverdier fra 0–36, der høyere skår indikerer økende grad av psykisk stress.

** GHQ 12 case-skår 0 – 12, cut off-verdi ≥ 4 for case.

*** Brief COPE-skalaene har skårverdier fra 2–8, der høyere skår betyr økende bruk av den enkelte strategi.

Md = median, KD = kvartilifferanse

Tabell 3: Korrelasjon mellom belastning, mestringsstrategier og psykiske plager *

	BAS-belastning (4 faktorer)	GHQ 12 psykisk stress (Likert-skår)
	41	47
BAS-belastning (totalt 4 faktorer)	1,000	0,375**
Brief COPE		
Selvdistraksjon	0,249	0,100
Humor	0,146	0,218
Religion	0,113	0,086
Planlegging	0,316*	-0,021
Aktiv mestring	0,304	-0,060
Ventilering	0,175	0,135
Emosjonell støtte	-0,119	0,038
Instrumentell støtte	0,238	0,062
Aksept	-0,177	-0,342*
Selvbebreidelse	0,116	0,032
Positiv reformulering	0,161	-0,005
Benektelse	0,069	0,114
Atferdsmessig avstandtagen	0,227	0,169
Rusbruk	0,165	-0,019
GHQ 12 psykisk stress (Likert-skår)	0,375*	1,000

* Spearman's ranks (rho)

** Signifikante korrelasjoner p < 0,05

DISKUSJON

Studien viste at pårørende til rusmisbrukere har store belastninger og betydelig psykisk stress. 62 prosent rapporterte om psykiske symptomer tilsvarende behov for hjelp. Økt belastning viste sammenheng med økte psykiske symptomer og økt bruk av planlegging. De problemfokuserede strategiene planlegging, instrumentell støtte og aktiv mestring skilte seg ut ved at de var mest anvendt, i tillegg til de emosjonsfokuserede strategiene selvdistraksjon, emosjonell støtte og aksept. Mer bruk av aksept viste sammenheng med mindre psykiske symptomer.

Respondentene hadde høy grad av belastning, og mange rapporterte om psykiske symptomer. Resultatene viste sammenheng mellom grad av belastning og psykiske symptomer. Funnene bekreftet tidligere forskning så vel som hypotesen om at det var en sammenheng mellom vedvarende belastning og svekket helse hos pårørende til rusmisbrukere (2, 4, 8, 9, 29). I stressmestringsmodellen «Stress – strain – coping – support» (10) anses belastningens natur, rusbruken og konsekvensene av rusbruken som faktorer som i større grad påvirker pårørende og deres psykiske helse over tid enn bruk av mestringsstrategier. Våre funn er i tråd med dette. Det er videre rimelig å anta at psykiske helseplager som angst og depresjon kan medføre at pårørende blir mindre robuste til å mestre de belastningene rusmisbruket fører med seg. De kan dermed oppleve det som enda mer tyngende. Dette kan være en forklaring på at utvalget har seks ganger så høy forekomst av psykiske plager som den generelle norske befolkningen (30).

PÅRØRENDES BRUK AV MESTRINGSSTRATEGIER

Pårørende til rusmisbrukere opplever stadig nye utfordrende situasjoner uten fasit på hvordan de skal håndteres. Fordeler og ulemper med ulike strategier må vurderes og kan bidra til mestringsdilemmaer, som Orford og medarbeidere beskriver grundig (10, 31). De pårørende må ta valg, og det er påkrevd at de planlegger hvordan de best kan håndtere den aktuelle situasjon. Dette kan være forklaring på økt bruk av den problemfokuserende strategien planlegging ved økt belastning, slik det rapporteres i studien. I tillegg til å planlegge og søke instrumentell støtte, som preges av å søke informasjon, assistanse og råd, var aktiv mestring blant de mest brukte problemfokuserende strategiene. I aktiv mestring inkluderes direkte handlinger for å forsøke å fjerne rusproblemet eller redusere de negative konsekvensene av rusmisbruket.

Funnene våre av en atferd som er aktivt problemløsende, er i tråd med tidligere forskningsfunn som understreker at pårørende bruker mestringsstrategier som kan bidra til å endre og bedre situasjonen (3, 8, 10). Det var langt flere kvinnelige respondenter enn menn i studien, og de fleste var foreldre til rusmisbrukeren. Tidligere forskning viser at kvinner forholder seg mer engasjert til rusproblemet enn menn (8, 10, 32). Forskningen viser også at det å være forelder til en misbruker medfører ekstra ansvarfølelse og motivasjon for handling (33), og kan være en forklaring på bruken av problemfokuserende strategier i dette utvalget.

PÅRØRENDES AKSEPT AV SITUASJONEN

Målet med emosjonsfokuserende strategier er å håndtere det mentale stresset som aktiveres av den aktuelle situasjonen. Disse strategiene vurderes i mestringssteori som mest adaptivt å bruke når den enkelte har liten kontroll over belastningen (12). Å være pårørende til en rusmisbruker er en slik situasjon. Aksept og bruk av emosjonell støtte defineres som adaptive emosjonsfokuserende strategier i motsetning til den maladaptive strategien selvdistraksjon, hvor målet er å unngå å tenke på årsaken til opplevd stress (12). Det gir mening at disse emosjonsfokuserende strategiene er mye brukt hos gruppen av pårørende. Det virker spesielt viktig å bruke aksept i situasjoner som er vanskelige å endre (12). Resultatene viser at jo mer pårørende aksepterer situasjonen, jo færre psykiske symptomer rapporterer de om. Dette kan ha sammenheng med at pårørende som aksepterer situasjonen og erkjenner problemene, klarer å forholde seg mer hensiktsmessig, blant annet ved å bruke adaptive problemfokuserende strategier.

Slik sett henger bruken av adaptive problemfokuserende og emosjonsfokuserende strategier

sammen og er i tråd med tidligere forskning (12). Carver og medarbeidere (12) påpeker imidlertid at det kan være tosidig å søke emosjonell støtte. På den ene siden kan det være funksjonelt å bidra til økt bruk av problemfokuserte strategier. Hvis man derimot forblir i en støttesøkende posisjon uten aktivt å bruke problemfokuserte strategier, er strategien å anse som maladaptiv. Selvdistraksjon, på sin side, vurderes teoretisk i utgangspunktet som en maladaptiv strategi (12). Imidlertid kan den også vurderes som adaptiv dersom bruk av den strategien kan bidra til at den enkelte opplever perioder med rom for hvile, glede, restitusjon og styrking av helsen, selv om de er i en langvarig belastende situasjon uten muligheter for løsning.

PRØVER Å LØSE ULØSELIGE PROBLEMER?

Rusmisbrukeres pårørende opplever ikke alltid at mestringsanstrengelsene får ønsket utfall (3, 8, 31). De opplever heller ikke alltid at omfattende bruk av problemfokuserte strategier er mest adaptivt med tanke på å ivareta egen psykiske helse når belastningsfaktorene er utenfor ens egen kontroll. Høy psykisk belastning kan dermed delvis forklares ved at pårørende forsøker å endre og løse problemer, eksempelvis at rusbruken avsluttes, men som de ikke kan løse. Hvorvidt mer emosjonsfokuserert mestring ville vært mer adaptivt for denne gruppen pårørende, forblir et ubesvart spørsmål. Imidlertid kan det være et poeng at strategier som kan bidra til høyt negativt stress på ett tidspunkt, likevel er best på lang sikt. Dette har blitt hevdet innen forskning på menneskers motstandsdyktighet ved kriser og livsvansker (34).

Lazarus og Folkman (11) understreker at bruk av komplementære mestringsstrategier, som problem- og emosjonsfokuserte strategier, er nødvendig. Pårørende til rusmisbrukere bruker både problem- og emosjonsfokuserte mestringsstrategier, og funnene er dermed i tråd med tidligere forskning (2, 8, 10, 11).

I henhold til klinisk erfaring og tidligere forskning (8, 9, 10, 31, 33) ser det også ut til at rusmisbrukerens rusmiddelbruk, rusmønster, atferd samt somatiske og psykiske helse har betydning for den pårørendes psykiske helse. Det samme har egne evner, tillærte reaksjonsmønstre, hjelp og avlastning, sosiale forventninger, roller og relasjonelt samspill mellom den pårørende, øvrige omgivelser og misbruker. Videre kan tradisjonelle versus moderne familieroller, familiens materielle levekår, kjønn og kulturelle normer ha betydning for den psykiske helsen.

Funnene fra studien understreker hvor viktig det er å anerkjenne pårørendes mestringsforsøk og samtidig tilby støtte, informasjon og hjelp, slik at de kan finne hensiktsmessige mestringsstrategier for å ivareta og bedre sin psykiske helse.

STYRKER OG SVAKHETER

Studien benyttet vel utprøvde måleverktøyer med gode psykometriske egenskaper. Intern konsistens målt ved Cronbachs alfa viste høy reliabilitet. Distribusjonen på de fleste kontinuerlige skalaer var skjevfordelte, og utvalget relativt lite. Det ble derfor brukt ikke-parametriske statistiske analyser. Sammenliknet med parametriske tester er ikke-parametriske tester noe mindre sensitive for sammenhenger (35). Skjevfordeling, relativt lavt antall deltakere (n) samt det usikre antallet bortfall reduserer ekstern validitet. Det betyr at generaliseringer fra denne studien bør gjøres med varsomhet. Det som kan styrke antakelsene om at funnene er generaliserbare, er at de i stor grad samsvarer med tidligere kvalitativ forskning på feltet.

Utvalget var et klynge- og bekvemmelighetsutvalg, men det kan antas at respondentene representerte en differensiert gruppe siden de har oppsøkt ulike hjelpetilbud. Det kan ses som en styrke at rekrutteringen var tilfeldig, noe som vanligvis reduserer faren for

KONKLUSJON

Resultatene viser at pårørende til rusmisbrukere er betydelig belastet og har høy risiko for psykiske helseplager. Studien viser at økt belastning har sammenheng med økt grad av psykiske plager og bruk av mestringsstrategien planlegging. De pårørende bruker både problemfokuserte og emosjonsfokuserte mestringsstrategier for å mestre situasjonen. Aksept viste en positiv sammenheng med bedre psykisk helse. I møtet mellom hjelpeapparat og pårørende bør hjelpeapparatet fokusere på å anerkjenne mestringsforsøk. De bør også rette oppmerksomheten mot bevisstgjøring, støtte, veiledning og hjelp til å finne de mest hensiktsmessige mestringsmåtene i den enkeltes unike situasjon.

De komplementære funnene i studien peker i samme retning som tidligere kvalitative forskningsresultater. Imidlertid er det behov for videre forskning. Særlig vet vi lite om menn og søsken som pårørende til rusavhengige. Longitudinelle studier vil kunne øke kunnskapen om mestringsprosessen i et lengre tidsperspektiv. De vil også kunne belyse hvilken årsakssammenheng denne kunnskapen har med belastning og psykisk helse.

REFERANSER

1. Lindgaard H. Voksne barn fra familier med alkoholproblemer: mestrings og modstandsdyktighet. Aarhus: Center for rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. 2002.
2. Lindgaard H. Afhængighed og relationer: de pårørendes perspektiv. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. 2008.
3. Hansen FA. Rusmisbruk i et familieperspektiv. Hvilke utviklingsmessige konsekvenser kan det få for barn. Skien: Borgestadklinikken. 1985.
4. Morita N, Naruse N, Yoshioka S, Nishikawa K, Okazaki N, Tsujimoto T. Mental health and emotional relationships of family members whose relatives have drug problems. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai zasshi. Japanese journal of alcohol studies & drug dependence.* 2011 Dec;525–41. PubMed PMID: 22413561.
5. Rice VH, editor. *Handbook of stress, coping, and health. Implications for Nursing Research, Theory, and Practice.* Los Angeles: SAGE. 2012.
6. Ursin H, Eriksen HR. Cognitive activation theory of stress (CATS). *Neuroscience and biobehavioral reviews.* 2010;877–81. PubMed PMID: 20359586.
7. Barboza Solis C, Kelly-Irving M, Fantin R, Darnaudery M, Torrisoni J, Lang T et al. Adverse childhood experiences and physiological wear-and-tear in midlife: Findings from the 1958 British birth cohort. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America.* 2015;17:738–46. PubMed PMID: 25646470.
8. Høie MM. Sorgen som aldri tar slutt: en kvalitativ studie av emosjonelle reaksjoner ved det å være foreldre til et barn som misbruker narkotika. M. Høie. 2005.
9. Nordlie E. Alkoholmisbruk – hvilke konsekvenser har det for familiemedlemmene? *Tidsskrift for Den norske legeforening.* 2003;1:52–4.
10. Orford J, Natera G, Copello A, Atkinson C, Mora J, Velleman R et al. *Coping with alcohol and drug problems. The experiences of family members in three contrasting cultures.* East Sussex: Routledge. Taylor & Francis Group. 2005.

11. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer. 1984.
12. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*. 1989;56:267–83. PubMed PMID: 2926629
13. Ursin H, Eriksen HR. The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*. 2004;29:567–92. PubMed PMID: 15041082.
14. Høie MM, Drottz-Sjøberg B-M. Forbannede, elskede barn: narkotikamisbruk sett i lys av pårørendes erfaringer. Oslo: Cappelen Akademisk. 2007.
15. Bøckmann K, Kjellevold A. Pårørende i helsetjenesten. En klinisk og juridisk innføring. Bergen: Fagbokforlaget. 2010.
16. Helsedirektoratet. Pårørende – en ressurs: veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester. Oslo: Helsedirektoratet. 2008.
17. St.meld. nr. 25. Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Oslo: 1996–1997.
18. Helsedirektoratet. Sammen om mestring: veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet. 2014.
19. Vifladdt EH, Hopen L, Berg KA. Helsepedagogikk: samhandling om læring og mestring. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. 2004.
20. Hubert M, Knottnerus, J.A., Green, L et al. How should we define health? *BMJ* 2011;343.
21. Kvernbekk T. Vitenskapsteoretiske perspektiver. I: Lund T (red.). *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub. 2002:19–78.
22. Sell H, Thara R, Padmavati R, Kumar S. The burden assessment schedule. WHO. 1998.
23. Fox-Wasylyshyn SM, El-Masri MM. Handling missing data in self-report measures. *Research in Nursing & Health*. 2005;28:488–95. PubMed PMID: 16287052.
24. Weimand BM. Sammenvevde liv: å være pårørende til personer med alvorlig psykisk lidelse. Pårørendes livssituasjon og møte med psykiske helsetjenester, fra pårørendes og sykepleieres perspektiv. Oslo, Skien: Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse, Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. 2013.
25. Goldberg D, Williams P. A user's guide to the general health questionnaire. London: Nfer-Nelson. 1988.
26. Nerdrum P, Geirdal AØ. Psychological distress among young Norwegian health professionals. *Professions & Professionalism*. 2013;3.
27. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider

the brief COPE. *Int J Behav Med.* 1997;4(1):92–100. PubMed PMID: 16250744.

28. Kristiansen E, Roberts GC, Abrahamsen FE. Achievement involvement and stress coping in elite wrestling. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports.* 2008;18:526–38. PubMed PMID: 17555543.
29. Kristiansen R, Myhra A-B. Hvem er de pårørende som søker behandling, og hva slags belastninger rapporterer de om? Kartlegging av pårørendepasienter ved Borgestadklinikken 2009–2011. Skien: Kompetansesenter rus – region sør, Borgestadklinikken. 2013.
30. Nes, LS, Clech-Aas, J. Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenhenger (rapport 2). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. 2011.
31. Orford J. *Addiction Dilemmas. Family experiences from literature and research and their challenges for practice.* Sussex: Wiley-Blackwell. 2012.
32. Storbækken S, Iversen E. Alene sammen: om hjelpebehov hos pårørende til rusmiddelavhengige. Bergen: Stiftelsen Bergensklinikkene, Kompetansesenter rus, Region vest. 2009.
33. Usher K, Jackson D, O'Brien L. Shattered dreams: parental experiences of adolescent substance abuse. *International Journal of Mental Health Nursing.* 2007;16:422–30. PubMed PMID: 17995513.
34. Hauser ST. Understanding resilient outcomes: Adolescents lives across time and generations. *Journal of Research on Adolescence.* 1999;9:1–24.
35. Pallant J. *SPSS Survival Manual, 5. utgave.* Open University Press; 2013.
36. Johannessen A., Tufte P.A, Christoffersen L. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 4. utgave.* Oslo: Abstrakt forlag. 2010.