MASTEROPPGAVE

MAPO 5900

15. mai 2018

Sosial støtte i selvhjelpsgrupper. En tverrsnittstudie.

Kvantitativ

Sara Anne Warhuus

(kandidatnummer 102)

Fakultet for helsefag

Institutt for Empowerment og Helsefremmende Arbeid

OsloMet – Storbyuniversitetet

«Sosial støtte i selvhjelpsgrupper. En tverrsnittstudie»

Norsk sammendrag:

Bakgrunn: Helsedirektoratet har gjennom «Nasjonal plan for selvhjelp 2014-2018» en visjon om at alle i samfunnet skal vite hva selvorganisert selvhjelp er. Selvhjelpsgrupper skal gjøres mer kjent og tilgjengelig som et helsefremmende tiltak som kan skape et grunnlag for mestring og bedre livskvalitet innen både rusomsorg og psykisk helse. Selvhjelpsgrupper kan fungere som et supplement til profesjonell hjelp og kan avlaste det offentlige helseapparatet gjennom at likepersoner hjelper hverandre. Selvhjelpsgrupper er likepersonstyrt, gratis og er ikke forbundet med ventelister. Forskning har vist at vi trenger mer kunnskap om gruppenes effekt og virkningsmekanismer, samt at helsepersonell på alle nivåer trenger mer kunnskap om selvhjelpsgrupper, slik at de kan informere om tilbudet.

Hensikt: Hensikten med denne undersøkelsen er å bidra til å øke kunnskapen og forståelsen om hvordan deltakerne i selvhjelpsgrupper kan oppleve sosial støtte.

Metode: Kvantitativ metode i form av en tverrsnittsundersøkelse. Deskriptiv statistikk og korrelasjon ble gjennomført i SPSS.

Resultater: Totalt var det 120 respondenter fra hovedsakelig rusrelaterte grupper (n=80) og grupper innenfor psykisk helse. Humor, gjensidig deling av erfaring, støtte og kunnskap og sosial kontakt utenom møtene forekom mye i gruppene. Overvekten av respondentene angav at selvhjelpsgruppen hadde vært viktig for deres bedringsprosess, og at de total sett var fornøyde med gruppene.

Konklusjon: Denne studien synliggjør forekomsten og frekvensen av sosial kontakt mellom deltakere i selvhjelpsgrupper. Humor benyttes i stor grad kommunikasjonen. Selvhjelpsgrupper kan bidra til bedringsprosesser og opplevelsen av sosial støtte gjennom å treffe andre med felles problem, dele erfaringer og følelser, og sosial kontakt utenom møtene.

Nøkkelord: Selvhjelpsgrupper, sosial støtte, likepersoner, rusmisbruk, psykisk helse

English summary: “Social support in self-help groups. A cross- sectional survey”

Background: The Norwegian Directorate of Health has a vision through the “National Plan for Self-help 2014-2018” that all members of society are to gain knowledge of what self-organized self-help is. Self-help groups are to be made known and available as a measure for coping and increased quality of life within both substance abuse and mental health care. Self-help groups can serve as a supplement to professional help, and can relieve public health care through peers helping one another. Self-help groups are peer-run, free and are not associated with waiting lists. Research has shown that we need more knowledge about the effects and mechanisms of the groups, and health care personnel on all levels need more knowledge about self-help groups, so that they can make recommendations or referrals.

Aim: The aim of this survey is to enhance the knowledge and understanding of self-help groups, and to identify means of social support.

Method: Quantitative method via a cross sectional survey. The results were analysed through descriptive statistics and correlation- analysis in SPSS.

Results: 120 respondents, primarily from substance abuse groups (n=80) and mental health groups. Humour exchanges, mutual exchanges of experience, knowledge and support and social contact outside meetings occurred frequently. Most of the respondents reported that the self-help groups had been important for their recovery, and that they were content with their groups.

Conclusion: This study documents the occurrence and frequency of social contact between members of self-help groups. Humour is exchanged frequently. Self-help groups can contribute to recovery and the experience of social support through meeting people who share a mutual problem, sharing experiences and feelings and socializing outside meetings.

Key words: Self-help groups, social support, peers, substance abuse and mental health

SOSIAL STØTTE I SELVHJELPSGRUPPER. EN TVERRSNITTSTUDIE

Masterartikkel

15. MAI 2018

SARA ANNE WARHUUS
Veiledere: Heidi Jerpseth og Pål Joranger

Innhold

Norsk sammendrag 2
English summary: 2
1.0 Introduksjon 3
1.1 Hva er selvhjelpsgrupper? 3
1.2 Sosial støtte i selvhjelpsgrupper 4
1.3 Hensikt og problemstilling 5
2.0 Metode 6
2.1 Etiske betraktinger 7
2.2 Rekruttering og utvalg 7
3.0 Resultater 9
3.1 The Social Exchange Scales 11
3.2 Humor 12
3.3 Sosial kontakt utenom møtene 12
3.4 Bivariat analyse 13
3.5 Negativ atferd 14
4.0 Diskusjon 15
4.1. Alder, sysselsetting og utdanning 15
4.2 Erfaring, støtte og kunnskap som deles og mottas 16
4.3 Humor 17
4.4 Sosial kontakt utenom møtene 17
4.5 Negative erfaringer 18
4.6 Metodediskusjon 19
5.0 Konklusjon 20
Litteraturliste 21
Vedlegg 1: Forfatterveiledning for tidsskriftet «Fontene» 24
Vedlegg 2: Oversikt over organisasjoner eller grupper som har deltatt 25
Vedlegg 3: Spørreundersøkelsen 26
Vedlegg 4: NSD 30
Vedlegg 5 : Tillatelse fra dr Brown 31
Vedlegg 6: samtykkeskjema 32
Vedlegg 7: Oversikt over oversettelsen 34
Vedlegg 8: Svar fra REK 36
Vedlegg 9: Output fra SPSS 37

«Sosial støtte i selvhjelpsgrupper. En tverrsnittstudie»

Norsk sammendrag

Forskning har vist at man mangler kunnskap om prosessene og mekanismene i selvhjelpsgrupper, og at helsepersonell på alle nivåer trenger mer kunnskap om selvhjelpsgrupper slik at de kan informere om tilbudet. Denne tverrsnittsundersøkelsen har som formål å kartlegge deltakernes erfaringer i selvhjelpsgrupper og faktorer som bidrar til sosial støtte. Totalt var det 120 respondenter fra primært rusrelaterte og grupper innenfor psykisk helse. Hovedfunnene er at deltakerne deler og mottar erfaring, kunnskap og støtte, bruker humor hyppig og at sosial kontakt utenom møtene forekommer. De fleste deltakerne svarer at de er fornøyde med selvhjelpsgruppen og at den har vært viktig for deres bedringsprosess.

Nøkkelord: Selvhjelpsgrupper, sosial støtte, likepersoner, rusrelatert, psykisk helse

English summary:

"Social support in self-help groups. A cross-sectional survey"

Research has shown that we lack knowledge about the processes and mechanisms in self-helps groups, and health care personnel on all levels need more knowledge about self-help groups so they can provide information. This cross-sectional survey aims to map out the participants' experiences in self-help groups and factors that contribute to social support. Totally 120 respondents from groups within substance abuse and mental health care replied to the questionnaire. The main findings were that the participants share and receive experience, knowledge and support. Humour is commonly used and social contact outside meetings does occur. Most of the respondents replied that they were satisfied with the groups and that the self-help groups had been important for their recovery.

Key words: Self-help groups, social support, peers, substance abuse, mental health

1.0 Introduksjon

Helsedirektoratet har gjennom «Nasjonal plan for selvhjelp 2014-2018» en visjon om at alle skal vite hva selvorganisert selvhjelp er. Selvhjelpsgrupper (SHG) skal gjøres mer kjent og tilgjengelig som et helsefremmende tiltak som kan skape et grunnlag for mestring og bedre livskvalitet innen både rusomsorg og psykisk helse. SHG kan brukes rehabiliterende, helsefremmende, forebyggende og som et supplement til behandling (Helsedirektoratet, 2014). SHG kan avlaste det offentlige helseapparatet gjennom at likepersoner hjelper hverandre. Forskning har vist at helsepersonell trenger mer kunnskap om selvhjelpsgrupper, slik at de kan informere om tilbudet. Oppfordringen om deltakelse i grupper kan komme fra alle nivåer i helsetjenesten (Vederhus,Hjerkinn & Kristensen, 2011). I en kunnskapsoppsummering konkluderer Loland (2006) at det behov for mer forskning om mekanismene og prosessene til SHG ved angst og depresjon utover måling av effekt. I følge Aglen,Hedlund og Landstad (2011) finnes det lite systematisk kunnskap utenfor helsesektoren om selvhjelp som en helsefremmende strategi. I tillegg er det for lite kunnskap om hvordan SHG kan bidra til individets stressmestring. Markowitz (2015) fremmer at det bør forskes mer på deltakernes positive og negative erfaringer i SHG og på hvilken måte SHG kan bidra til sosial støtte.

1.1 Hva er selvhjelpsgrupper?

Selvhjelpsgrupper (SHG) kan defineres som små, frivillige gruppestrukturer rettet mot et spesifikt problem eller en tilstand. Gjennom gjensidig hjelp søker gruppemedlemmene å oppnå ønsket sosial eller personlig endring (Katz & Bender, 1976). Gruppens fokus kan være en felles klinisk tilstand (avhengighet eller depresjon), et livsproblem, personlige omstendigheter eller utfordringer. Støtten kommer som regel i form av emosjonell støtte, informasjon, eller veiledning basert på egen erfaring. Gruppene drives og ledes ofte av likepersoner (Drebing, 2016). I Norge finner man også grupper som er satt sammen på tvers av problemer (Feiring, 2014).

I Nasjonal plan for selvhjelp (Helsedirektoratet, 2014) setter man et skille mellom veiledet/assistert selvhjelp og selvorganisert selvhjelp. Den veiledede formen er gjerne organisert og fulgt opp av helsepersonell, mens den selvorganiserte formen tar utgangspunkt i at mennesker (ofte likepersoner) på egenhånd skal søke å gjøre noe med et problem de sliter

med. Den sosiale støtten og medvirkningen i gruppene kan bidra til menneskers evne til å takle livsbelastninger, i tillegg til å fremme helse og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2014).

Kjente aktører innenfor selvhjelp i Norge er Anonyme Alkoholikere, Angstringen, Selvhjelp Norge og nettverkssamarbeidet Sorg og Omsorg (nå kjent som sorggrupper.no) (Feiring, 2014). I tillegg er Anonyme Narkomane en kjent aktør. En kartleggingsundersøkelse av selvhjelpsfeltet i Norge fra 1992-94 estimerte at det var om lag 2-3.000 aktive selvhjelpsgrupper i Norge med om lag 25.000 medlemmer. Tallene for Danmark var 35.000 (Hjemdal,Nilsen & Seim, 1998). Tilsvarende kartlegging av *hele* selvhjelpsfeltet har ikke vært utført siden. I 2009 ble det kartlagt at det var 499 selvhjelpsgrupper innen rusfeltet i Norge (Norsk Selvhjelpsforum, 2009). SHG er mer hyppig og utbredt i sentrale strøk (Stokken,Barstad & Thokle, 2011).

Anonyme Alkoholikere (2018) (AA) fører ikke medlemsregister, og dette har sammenheng med anonymitet og konfidensialitet. AA opplyser per epost at de regner med at det er om lag 1750 AA-medlemmer i Norge, hvor av omlag 35% er kvinner. Antall grupper er om lag 175, og det foregår om lag 200 møter per uke i Norge. Anonyme Narkomane (NA) har over 130 ukentlige møter i Norge. Her opereres det heller ikke med noe medlemsregister (Anonyme Narkomane, 2018). AA og NA jobber etter 12-trinnsmodellen. De har åpne gruppemøter (åpent for alle og varierer i antall deltakere) og lukkede møter (faste medlemmer). Kriteriet for medlemskap er et ønske om å bli rusfri. Selvhjelpsgruppene er ikke forbundet med noe kostnad, men det er mulig å gi en donasjon. Møtelederne er likepersoner, lederskapet går på rundgang og er frivillig.

Angstringen oppgir på hjemmesiden at 7000 mennesker har hjulpet seg gjennom å gå i SHG siden 1986. Angstringen har lukkede, likepersonstyrte grupper med 5-9 deltakere. Her står oppmøte- og taushetsplikt sentralt (Angstringen, 2018). Spiseforstyrrelsesforeningen (tidligere IKS) har startet over 150 SHG siden 1988 (Spiseforstyrrelsesforeningen, 2018). Disse tilbudene er heller ikke forbundet med noen kostnad.

1.2 Sosial støtte i selvhjelpsgrupper

«God sosial støtte innebærer at en får kjærlighet og omsorg, blir aktet og verdsatt, og at en tilhører et sosialt nettverk og et fellesskap med gjensidige forpliktelser. Det motsatte av god sosial støtte er ensomhet» (Hånes, 2014). Deltakelse i SHG kan bidra til opplevelsen av sosial støtte (Fjeldstad, 2017; Hildingh,Fridlund & Segesten, 1995; Laudet et al., 2004). Sosial støtte

kan gi positive ringvirkninger for både helse og velvære (Cohen,Wills & House, 1985). Adamsen og Rasmussen (2001) oppsummerer at å komme i kontakt med mennesker, dannelse av vennskap, nye atferdsmønstre, økt selvtillit og tilegnelse av ny kunnskap er noen av de signifikante funnene som har blitt gjort i studier av selvhjelpsgrupper fra USA og Vest-Europa. Deltakerne angir at de ved hjelp av selvhjelpsgruppen får gjenoppbygd selvtilliten, selvfølelsen og sin mentale styrke, som igjen gjør at de kan møte verden utenfor gruppen. Gruppen er et rom hvor de kan få sortert følelsene sine, dele felles erfaringer og identifisere seg med hverandre. SHG kan redusere følelsen av ensomhet og isolasjon, og deltakerne kan oppleve å føle seg mer normale fordi de tilhører en gruppe med et spesifikt problem. Medlemmene kan også fungere som rollemodeller for hverandre (Adamsen & Rasmussen, 2001). Deltakelse i selvhjelpsgrupper kan bidra til rusfrihet, empowerment, sosial og følelsesmessig støtte, normalisering og økt mentalt velvære (Mok,Cheung & Cheung, 2006; Sjåfjell & Myhra, 2015). Sosial støtte kan fungere som en buffer i stressende situasjoner, og deltakelse i SHG kan bidra til bedringsprosessen gjennom at man opplever å ha mer støtte (Laudet et al., 2004).

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å bidra til å øke kunnskapen og forståelsen på tvers av ulike selvhjelpsgrupper. I tillegg til å få mer kunnskap om hvordan deltakerne opplever å gå i SHG og på hvilken måte de opplever å få sosial støtte.

Problemstilling: **«Deltakernes erfaringer med sosial støtte i selvhjelpsgrupper»**

2.0 Metode

I denne undersøkelsen ble det benyttet kvantitativ metode i form av en tverrsnittsundersøkelse. Bakgrunnen for metodevalget var muligheten for å kunne nå flere personer, som kan gi grunnlag for å se likheter og variasjoner i respondentenes svar. Det gav også en mulighet for å rekruttere på tvers av ulike selvhjelpsgrupper. Et validert amerikansk spørreskjema utviklet av Brown,Tang og Hollman (2014) basert på psykometri, ved navnet «the Social Exchange Scales», ble med tillatelse av forfatterne (vedlegg 5), oversatt til norsk. Psykometri betegner ulike metoder (ofte spørreskjemaer) som kvantifiserer subjektive symptomer og plager i tillegg til psykologiske fenomener (Nylenna,Røyert & Olsen, 2007). Masterstudenten har engelsk som morsmål og er oppvokst i Norge, i tillegg til erfaring med oversettelse fra tidligere. I tillegg har to uavhengige personer med gode engelskkunnskaper lest og korrigert oversettelsen. Begrunnelsen for valg av en allerede utviklet spørreundersøkelse var at den allerede var validert og testet ut i USA. Cronbach`s alpha-verdiene fra den amerikanske studien var 0,7 som viste at målene i spørreundersøkelsen hadde god intern sammenheng. Verdien innebærer at spørreundersøkelsen er et egnet måleinstrument (Ringdal, 2013). Spørreskjemaet har vært gjenstand for flere uttestinger i USA med samme resultat som indikerer reliabilitet (Ringdal, 2013). I tillegg er det validert, og utviklerne bekrefter at skjemaet måler det de faktisk vil måle, nemlig sosial utveksling mellom gruppemedlemmene.

Cronbach's alpha-verdien for den norske oversettelsen av spørreundersøkelsen hadde et gjennomsnitt på 0,87 (tabell 1), som kan tyde på en god intern sammenheng og indikerer reliabilitet (Polit & Beck, 2012).

Tabell 1. Cronbach's Alpha

Variabler	Cronbachs's α
Erfaring og kunnskap jeg deler	**0,85**
Erfaring og kunnskap jeg mottar	**0,88**
Humorutveksling	**0,88**
Negative erfaringer	**0,82**
Sosial kontakt	**0,93**

På bakgrunn av en pilotundersøkelse utført på 15 medstudenter på masterutdanningen, og i samråd med deltaker i SHG, ble enkelte ord, uttrykk og formuleringer modifisert/tilpasset til norsk språk og kultur. Dette gjaldt primært for spørsmålene som omhandlet humor (se vedlegg nr. 7). Likevel ble den originale spørreundersøkelsens struktur og design bevart i høy

grad. Enkelte bakgrunnsspørsmål ble lagt til, samt type gruppe, frekvens, tilfredshet, selvrapportert effekt, varighet, med mer (se vedlegg 3). Svaralternativene i spørsmålene er basert på en Likerts skala fra 1-7, som ofte benyttes i kvantitative undersøkelser hvor en søker å få svar på deltakernes holdninger til et bestemt tema (Johannessen,Christoffersen & Tufte, 2010).

Dataene ble innsamlet elektronisk via Universitetet i Oslo sitt Nettskjema, som er kryptert og ligger på en sikker server. Masterstudenten hadde gjennom Nettskjema hverken tilgang til ip-adresser eller epostadressene til de som svarte. Det anonymiserte datasettet ble overført og analysert i SPSS, som er et statistikkprogram. PC med datamaterialet er passordbeskyttet og ble oppbevart på et låst kontor.

2.1 Etiske betraktinger

Deltakelsen i spørreundersøkelsen var frivillig. Informasjon om studien sto forklart i samtykkeskjemaet (vedlegg 7) som ble delt elektronisk eller gitt til deltakerne i papirform. Samtykkeskjemaet informerte også om konfidensialitet og muligheten til å trekke seg. Ved å besvare spørreundersøkelsen samtykket en samtidig til å delta. Prosjektet ble meldt NSD (Personvernombudet ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste) (vedlegg 4). Framleggs-forespørsel ble også sendt til REK (Regional Etisk Komité) som konkluderte at prosjektet ikke var framleggs-pliktig (vedlegg 9).

2.2 Rekruttering og utvalg

Datainnsamlingen fant sted fra primo november (2017) til medio februar (2018).

Hovedkriteriet ved rekruttering var voksne personer som enten deltar eller tidligere har deltatt i likepersonstyrte eller selvorganiserte SHG (se samtykkeskjema, vedlegg 6). Rekruttering viste seg å være en utfordring. Dette kan ha sammenheng med at SHG er anonyme og at mange organisasjoner ikke opererer med medlemsregister. I tillegg blir generelt epostadresser slettet når folk slutter å gå i SHG.

Rekrutteringen ble foretatt ved at grupper og organisasjoner som arrangerer selvhjelpsgrupper ble kontaktet per epost. Se også inklusjonsoversikt (vedlegg 2). I tillegg ble «snøballmetoden» benyttet der deltakere rekrutterer andre deltakere. Initialt ble samtykkeskjemaet delt ut av gruppeledere eller tilretteleggere i papirform der det ikke fantes epostlister (blant annet

Anonyme Alkoholikere), mens enkelte organisasjoner (blant annet Angstringen og Spiseforstyrrelsesforeningen) sendte det ut på epost. Masterstudenten møtte også opp på 3 åpne AA-møter for å dele ut samtykkeskjemaet. I slutten av desember var det under 30 respondenter. I januar 2018 sørget masterstudenten for at spørreundersøkelsen ble delt på åpne og lukkede Facebook-grupper og sider, både av deltakere og av organisasjoner innenfor rus og psykisk helse. Særlig da den ble delt i lukkede forum steg svarprosenten til dobbelte. Ved samtlige delinger er det besørget at samtykkeerklæringen (vedlegg 6) er med. Ved å besvare spørreundersøkelsen samtykket en samtidig til å delta.

3.0 Resultater

Totalt svarte 120 personer på spørreundersøkelsen (n=120). Av disse var det 20% som tidligere hadde gått i selvhjelpsgruppe, mens de resterende fortsatt deltok. Halvparten av respondentene har deltatt i SHG 3 år eller mer. Kjønnsfordelingen var relativt jevn; 46% kvinner og 54% menn. Av type selvhjelpsgrupper var det 66,7% som gikk i rusrelaterte grupper, 30% i grupper innen psykisk helse, mens pårørendegrupper og andre grupper til sammen utgjorde 3,3%. De to sistnevnte gruppene utgjør et såpass lite antall at det ikke har blitt gjort egne analyser for disse, men de har blitt inkludert i noen av totalanalysene, da de likevel bidrar til å beskrive SHG. Gruppene var primært likepersonstyrt (93%), det vil si at de *ikke* er ledet av fagpersoner. Andelen av personer som går i annen terapi eller behandling ved siden av er 35%. Sysselsettingsgrad, aldersfordeling og utdanning presenteres i tabell 2 (Merk: her er det enkelte som blant annet *både* jobber og studerer).

Tabell 2: Bakgrunnsvariabler (n=120)

	Antall	Prosent
Kjønn		
Kvinne	55	46%
Mann	64	54%
Alder		
18-35 år	30	25%
36-49 år	40	33%
50-65 år	45	38%
66-80 år	5	4%
Utdanning		
Grunnskole	9	8%
Videregående Skole	50	42%
Høgskole/universitet	59	50%
***Sysselsetting* (2 svar mulig)**		
Jobber	74	62%
Studerer	17	14%
Trygdet	32	27%
Sykemeldt helt/delvis	9	8%
Pensjonert	4	3%
Arbeidssøkende	5	4%
Type selvhjelpsgruppe		
Psykisk helse	36	30%
Rusrelatert	80	67%
Pårørendegrupper	3	2,5%
Andre grupper	1	0,8%
Lengde på deltakelse		
1-6 måneder	11	9%
7-12 måneder	17	14%
1-3 år	32	27%
3 år eller mer	60	50%
Åpen/lukket gruppe		
Åpen	31	26%
Lukket	47	39%
Begge deler	42	35%
Møtefrekvens		
Ukentlig	103	86%
1-3 ganger i måneden	12	10%
1-5 ganger per halvår	2	1,7%
Sjeldnere	3	2,5%
Annen terapi/behandling		
Ja	42	35%
Nei	76	63%
Venteliste	2	2%
Er gruppen likepersonstyrt		
Ja	111	92%
Nei	6	5%
Delvis	3	3%

3.1 The Social Exchange Scales

Funnene presenteres videre gjennom univariate analyser av kategoriene som var i spørreskjemaet (se vedlegg 3). Den deskriptive statistikken er todelt for å vise variansen i svarene mellom gruppene innen rus og psykisk helse, mens korrelasjonsanalysene ble kjørt samlet. I tabell 3 er spørsmålene innenfor de ulike kategoriene i spørreskjemaet (vedlegg 3), som baseres på Likerts skala, slått sammen. Gjennomsnittet av kategoriene presenteres i tabellen, i tillegg til standardavviket. Spørsmål 1-4 har en skala fra 1-7 (1=Aldri- 7=Alltid). Spørsmål 5 har en skala far 1-5 (1=aldri- 5= >10 ganger). Spørsmål 6-7 har en skala fra 1-5 (1=ikke viktig/svært misfornøyd- 5=svært viktig/svært fornøyd), Spørsmål 8 går fra 1-4 (1= <6mnd- 4= >3år). Det største skillet i gjennomsnittet mellom rusrelaterte grupper og grupper innenfor psykisk helse, fremkommer på området sosial kontakt utenom møtene. T-test ble benyttet for å måle p-verdi.

Tabell 3: Gjennomsnittsmålinger av deltakernes erfaringer i selvhjelpsgrupper (gruppevis)

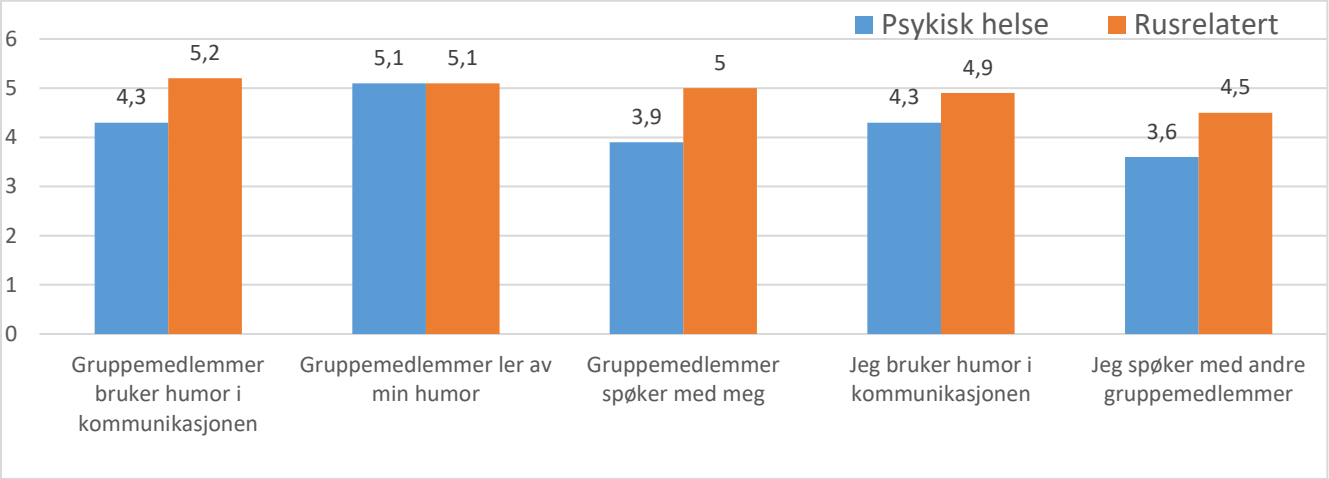
	Psykisk helse (n=36)		Rusrelatert (n=80)		
	M	*SD*	*M*	*SD*	*p-verdi*
1. Erfaring, støtte og kunnskap jeg deler (1-7)	*5,5*	*1,0*	*5,7*	*0,97*	*0,42*
2. Erfaring, støtte og kunnskap jeg mottar (1-7)	*5,9*	*0,81*	*5,9*	*0,94*	*0,98*
3. Humorutveksling (1-7)	*4,3*	*1,0*	*4,9*	*1,2*	*0,03*
4. Negative erfaringer (1-7)	*2,4*	*0,83*	*2,5*	*1,0*	*0,63*
5. Sosial kontakt (1-5)	*1,3*	*0,43*	*3,2*	*1,2*	*<0,01*
6. Bedringsprosess (1-5)	*4,1*	*0,92*	*4,7*	*0,63*	*<0,01*
7. Tilfredshet (1-5)	*4,3*	*0,92*	*4,5*	*0,99*	*0,31*
8. Lengde på deltakelse (1-4)	*2,6*	*0,87*	*3,5*	*0,93*	*<0,01*

Gjennomsnitt (M) og standardavvik (SD)

3.2 Humor

Humor ser ut til å være noe som brukes hyppig i kommunikasjonen av både menn og kvinner. Humor brukes mer innenfor rusrelaterte grupper (se figur 1). T-testen viser at denne forskjellen er signifikant. Det forelå en sterk korrelasjon på r=0,53 (p<0,01) mellom egen og andres bruk av humor (vedlegg 9).

Figur 1: Humor i selvhjelpsgrupper (n=119)

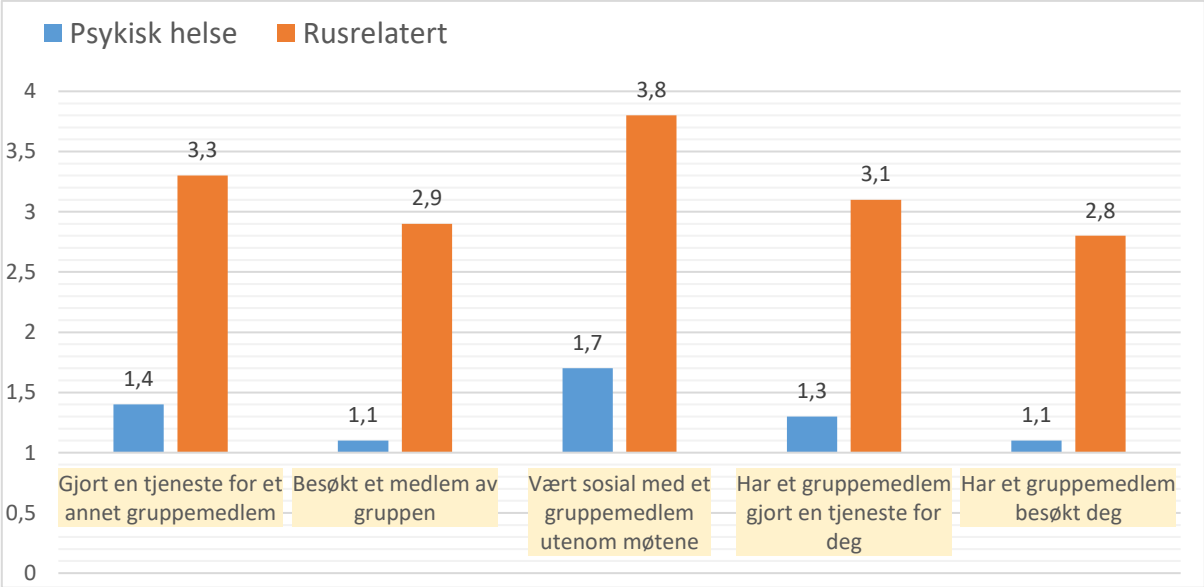


Forklaring: 1=aldri, 2=nesten aldri, 3= mindre enn halvparten av tiden, 4=omtrent halvparten av tiden, 5=mer enn halvparten av tiden, 6=nesten alltid, 7=alltid.

3.3 Sosial kontakt utenom møtene

Sosial kontakt utenom møtene i løpet av de siste tre månedene forekom mer i de rusrelaterte gruppene og illustreres i figur 2. T-testen viser at denne forskjellen er signifikant.

Figur2: Sosial kontakt utenom møtene de siste 3 månedene (n=118)



Forklaring: 1=aldri, 2=1 gang, 3=2-3 ganger, 4=4-9 ganger, 5=10 ganger eller mer.

3.4 Bivariat analyse

Deltakerne i selvhjelpsgrupper angir at gruppen har vært viktig for deres bedringsprosess. På en Likerts skala fra 1-5, hvor 5 er svært viktig, er gjennomsnittet på 4,5. På spørsmålet om hvor fornøyde de er, er gjennomsnittet også 4,5, hvor 5= veldig fornøyd. Tabell 4 angir korrelasjoner mellom atferd, bedringsprosess, tilfredshet og lengden på deltakelse. Sosial kontakt og humor korrelerer sterkest med viktighet for bedringsprosessen (p<0,01). Å dele erfaring, kunnskap og støtte, har en sterkere korrelasjon enn det å motta erfaring, kunnskap og støtte i forhold til bedringsprosessen. Den sosiale kontakten utenom møter har en signifikant korrelasjon (<0,01) med humor og hvor lenge de har deltatt i SHG.

Tabell 4 Hvordan påvirker sentrale faktorer i selvhjelpsgrupper hverandre?

	1.	**2.**	**3.**	**4.**	**5.**	**6.**	**7.**	**8.**
1. Hvor viktig SHG for bedringsprosessen	—							
2. Totalt sett hvor fornøyd med SHG	,665**	—						
3. Hvor lenge deltatt i SHG	,385**	,155	—					
4. Erfaring, støtte og kunnskap jeg deler	,380**	,401**	,003	—				
5. Erfaring, støtte og kunnskap jeg mottar	,238**	,394**	-,136	,704**	—			
6. Humor i kommunikasjonen	,291**	,268**	,214*	,318**	,340**	—		
7. Negative sider	-,086	-,276**	,068	-,158	-,232*	,078	—	
8. Sosial kontakt utenom møter	,426**	,351**	,430**	,237**	,161	,409**	,005	—

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). Spearman's rho.
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). Spearman's rho.

3.5 Negativ atferd

Det rapporteres lite negativ atferd i SHG. Den mest fremtredende negative atferden var at et medlem snakker for lenge. Her lå gjennomsnittsscoren på 3,3 av 7 (1=aldri). Nest etter dette var at det medlem kommer for sent, med et snitt på 2,9 av 7. Se også tabell 4. Negative erfaringer i SHG korrelerer negativt med fornøydhet og hvor mye erfaring, støtte og kunnskap man mottar. Analysen hvor man sammenlikner de som går i SHG og de som tidligere har gått i SHG (20%) avdekker at det er en sterk negativ korrelasjon r= -0,51* mellom negative erfaringer og hvor fornøyde de er med SHG. Samtidig er det for de som tidligere har gått i SHG en sterk korrelasjon mellom fornøydhet og hvor viktig gruppen har vært for deres bedringsprosess r=0,53**. Tilsvarende tall for de som fremdeles går i gruppe er r=-0,19 (negative erfaringer) og r=0,69** (bedringsprosess).

4.0 Diskusjon

Hovedfunnene er at deltakerne fra primært likepersonstyrte selvhjelpsgrupper deler egne og lytter til andres følelser, opplevelser/erfaringer og meninger. Bruk av humor forekommer hyppig både fra deltakerne selv og fra de andre gruppemedlemmene. Gruppemedlemmene har sosial kontakt utenom møtene, noe som viser seg å forekomme hyppigere i rusrelaterte grupper, enn i grupper relatert til psykisk helse. Humor og sosial kontakt korrelerer positivt med selvrapportert effekt og tilfredshet. Deltakerne angir at selvhjelpsgruppen har vært viktig for deres bedringsprosess, og at de totalt sett fornøyde med gruppene.

4.1. Alder, sysselsetting og utdanning

Det at 50% av respondentene har gått i SHG 3 år eller mer, tilsier at de har mye erfaring med grupper. I tabell 2 ser man at aldersfordelingen er relativt jevn. I utvalget er 62% i arbeid, mens tall fra Statistisk Sentralbyrå viser at 69% av befolkningen er i arbeidsstyrken (SSB, 2018). Når det gjelder høgskole/universitetsutdanning (49%) ligger utvalget høyere enn befolkningsgjennomsnittet (33%) (SSB, 2018). Høy utdannelse samsvarer med kartleggingen som ble gjort i 1992-94 (Hjemdal et al., 1998). Deltakelse i SHG kan være til hjelp for den enkelte i dagliglivet (Jakobsen & Lillefjell, 2011).

«Bedringsprosess» (engelsk: recovery) kan tolkes på flere måter. Det kan være rusfrihet (Kristensen & Vederhus, 2005). Det kan også være bedring i psykisk velvære, mestring eller en kombinasjon. I følge Borg (2009) er bedringsprosessen individuell. Det handler om å skape et meningsfullt liv for den enkelte med en identitet utenfor problemene sine. Det handler om å hjelpe seg selv og å kunne håndtere både psykologiske og sosiale vansker. Begrepet oppfattes av enkelte som en prosess og av andre som et resultat eller utfallsmål. I denne studien er spørsmålet tenkt som en form for selvrapportert effekt av å delta i SHG. I lys av beskrivelsen ovenfor kan det tenkes mindre «effekt», annet enn selvrapportert, for eksempel vil kunne innebære færre i jobb, at de angav mindre tilfredshet og at de ikke hadde fortsatt så lenge i gruppene. Lengden på deltakelse korrelerer positivt (r=0,38) med hvor viktig deltakerne angir at SHG har vært for deres bedringsprosess. Måten respondentene har tolket ordet «bedringsprosess» er vanskelig å vite uten kvalitative intervjuer. Alle har svart på spørsmålet, som kan tyde på at de har forstått hva det innebærer, men det er verdt å reflektere over at spørsmålene kan tolkes ulikt av respondentene (Johannessen et al., 2010).

4.2 Erfaring, støtte og kunnskap som deles og mottas

I følge Hedlund og Landstad (2011) er samspillet mellom deltakerne i SHG en avgjørende faktor for hvorvidt det oppleves som positivt for helsen. Som det fremkommer i tabell 4 er det signifikante korrelasjoner mellom hvor viktig SHG har vært for bedringsprosessen og erfaring, støtte og kunnskap som deles og mottas. Borkman (1999) omtaler utvekslingen av erfaring og kunnskap i SHG som erfarings-basert kunnskap. Denne formen for kunnskap er unik i den forstand at den er ervervet gjennom egen erfaring. Den kan sies å være av en annen art enn den man treffer hos en profesjonell behandler eller terapeut. Den er likepersonbasert og utvikler seg over tid. I litteraturen omtales også denne utvekslingen som «helper-therapy» (Pagano,Post & Johnson, 2010) som innebærer at en hjelper seg selv gjennom å hjelpe andre. I AA (2018) er det blant annet vanlig at et menneske med et alkoholproblem som har kommet lenger i tilfriskningsprogrammet, de tolv trinn, deler denne erfaringen med en annen som jobber med å oppnå eller bevare rusfrihet. Et sosial fellesskap og emosjonell støtte kan hjelpe individet til å håndtere stressfremkallende situasjoner, gi økt selvtillit og kan bidra til personens evne til å takle utfordringer (Helsedirektoratet, 2015). Møtene i SHG er i seg selv er en form for sosialt fellesskap. Som illustrert i figur 3 gjør personene i denne undersøkelsen tjenester for hverandre i tillegg til at de kan ha sosial kontakt. Å treffe andre som har klart å bli rusfrie eller som har lært seg å leve med angst, kan fungere som et positivt stimuli i form av at man kan få en rollemodell. Man ser muligheter, og man kan få erfarings-basert kunnskap av mennesker som har samme eller liknende problem og som muligens har en dypere forståelse for den situasjonen man befinner seg i, nettopp fordi den er egenerfart. Å dele sine erfaringer på godt og vondt anses av mange som den viktigste terapeutiske aktiviteten i gruppene, i tillegg til å være i et støttende fellesskap (Kvamme & Nilsen, 2011; Stang & Mittelmark, 2010; Vederhus et al., 2008). I denne studien korrelerer erfaring, støtte og kunnskap som mottas negativt (tabell 4) med lengden på deltakelsen. Dette kan trolig ha en sammenheng med at man etter en tid, ikke opplever å motta så mye som man gjorde i begynnelsen. Samme punkt har en sterk positiv korrelasjon med hvor mye erfaring, kunnskap og støtte de deler. Dette kan tyde på at deltakerne som har deltatt lenge, fyller roller som ressurspersoner for de nye i gruppen, for eksempel i form av sponsorskap i AA. Dette oppleves trolig som givende etter som de fortsetter å gå i gruppen.

4.3 Humor

I følge Martin og Eisenberg (2001) er det mange studier som hevder at humor kan ha en positiv effekt på helse. Denne studien indikerer at bruken av humor forekommer mye i selvhjelpsgrupper. Dette samsvarer med tallene fra USA som denne undersøkelsen er basert på (Brown et al., 2014). Vi vet ingenting om innholdet av denne humoren. Snowden (2003) deler humor inn i et uttrykk for positive eller negative følelser, forsvar og mestring, eller maktrelatert. I følge Stang og Mittelmark (2010) kan humor ha en positiv effekt på gruppens klima. Tabell 4 viser at det er en positiv korrelasjon mellom hvor viktig SHG har vært for bedringsprosessen ($p<0,01$), tilfredshet ($p<0,01$) og humor. Det er dermed mulig å anta at humoren som rapporteres i denne studien er positivt ladet og spiller positivt inn i SHG. Den sterke og signifikante korrelasjonen mellom egen og andres bruk av humor kan muligens tolkes som at bruken av humor forsterkes dersom andre bruker humor. At humor kan virke positivt inn i SHG har blitt påvist av blant annet Hedlund og Landstad (2011) og Munn-Giddings og McVicar (2007). Kvamme og Nilsen (2011) omtaler humor som en mestringsstrategi i hverdagen. Humor kan fungere som et virkemiddel i kommunikasjonen i SHG når man skal snakke om vanskelige ting (Kvamme & Nilsen, 2011; Stang & Mittelmark, 2010). For å undersøke humorens form og funksjon nærmere, kunne det ha vært hensiktsmessig å benytte kvalitative forskningsintervjuer eller deltagende observasjon (Johannessen et al., 2010).

4.4 Sosial kontakt utenom møtene

Som illustrert i figur 3 forekommer det sosial kontakt utenom møtene blant deltakerne i SHG. Det at det forekommer mer i rusrelaterte grupper, kan ha flere forklaringer. I AA og NA har man blant annet en sponsor eller fadderskap. Deltakelse i SHG for mennesker med rusproblemer assosieres med bedre mestringsressurser, bedre kvalitet på vennskap og økt støtte fra venner (Humphreys et al., 1999). Den økte støtten fra venner ved deltakelse i SHG kan blant annet ha en forklaring i at venner utenfor rusmiljøet får økt tiltro til personens ønske og innsats for å forbli rusfri. Et annet aspekt er dette med å ha et nettverk utenfor rusmiljøet eller å kunne være sammen med mennesker som også kjemper for å forbli rusfrie (Vederhus et al., 2008). Mange sosiale sammenhenger i det norske samfunnet innebærer tilbud eller bruk av alkohol. Slike settinger kan være vanskelig å befinne seg i like etter at man har blitt rusfri, og da kan det være fint å ha et nettverk å gå til. Man har også mulighet for å gå på åpne

NA/AA- møter i utlandet eller er i en annen by (AA,2018). SHG kan fungere som et som et supplement eller alternativ til sosial støtte fra venner og familie (Borkman, 1999).

Denne studien viser at sosial kontakt utenom møtene i SHG har signifikante korrelasjoner med lengden på deltakelse, humor, deling av erfaring støtte og råd, tilfredshet md gruppen og gruppens viktighet for deltakerens bedringsprosess. Sosial kontakt kan anses som et positivt element i SHG som fremkommer i denne kartleggingen av sosial støtte, og samsvarer med annen forskning på SHG (Borkman, 1999; Humphreys et al., 1999; Kelly & Yeterian, 2011; Laudet et al., 2004; Magura et al., 2003)

4.5 Negative erfaringer

Deltakernes negativer erfaringer i SHG korrelerer negativt med hvor fornøyde de er med SHG og hvor mye erfaring, støtte og kunnskap de mottar. At et annet gruppemedlem snakker for lenge, var den negative erfaringer som slo sterkest ut. Hedlund og Landstad (2011) fant at dominante eller selvmedlidende medlemmer i gruppen, kunne føre til at folk sluttet. På den annen side kan gruppemedlemmer som er stille gjøre de andre deltakerne stresset og usikre (Stang & Mittelmark, 2010). Markowitz (2015) fant også at negative erfaringer i SHG kunne føre til at personer sluttet å delta i gruppene. Fem personer i denne spørreundersøkelsen svarte at de var svært misfornøyde med SHG. Fire av disse gikk i rusrelaterte grupper. Tre av personene gikk i åpne grupper hvor gruppesammensetningen kan variere. Separate analyser på disse respondentene viser at de scorer høyere på negative erfaringer i gruppen enn gjennomsnittet. De scorer høyest på at et gruppemedlem ikke er stille mens de snakker, at et gruppemedlem kommer for sent og at noen snakker for lenge. De som er misfornøyde med gruppen scorer også lavere på erfaring, kunnskap og støtte de mottar. Dette samsvarer med funnene til Hedlund og Landstad beskrevet over. På den annen side svarer 4 av de 5 personene at SHG har vært svært viktig (3 personer) eller ganske viktig (1 person) for deres bedringsprosess. Dette kan tyde på at deltakerne får utbytte av SHG selv når de ikke er helt fornøyde med gruppen de går i.

4.6 Metodediskusjon

Som nevnt innledningsvis, er det uklart hvor mange personer som faktisk deltar i SHG. Spørreundersøkelsen retter seg mot personer som deltar eller har deltatt i selvhjelpsgrupper, men det forelå ingen predefinert populasjon. Uten medlemslister kombinert med anonymitet, frivillig deltakelse og taushetsbelagt informasjon, kan det å finne et representativt utvalg for SHG være vanskelig (Humphreys & Rappaport, 1994; Kelly & Yeterian, 2011; Lieberman & Snowden, 1993; Trojan, 1989). Det at 50% av de som har svart har gått i gruppe 3 år eller mer, antyder at respondentene har god kjennskap til feltet og bred erfaring fra SHG. For disse 120 personene er alt i alt SHG noe som har bidratt til deres bedringsprosess og er et tilbud de er fornøyde med. Med en Cronbach's alpha-verdi på 0,87, kan undersøkelsen sies å være reliabel i forhold til det utvalget som har besvart spørreundersøkelsen. Imidlertid bidrar rekrutteringsmetoden til at man bør vise forsiktighet med å generalisere fra utvalg til populasjon (Jacobsen, 2005).

En annen måte å gjennomføre denne spørreundersøkelsen hadde vært å velge ut et bestemt antall tilfeldig valgte lukkede grupper, et kontrollert utvalg, hvor på man purret for å oppnå en høy svarprosent (Johannessen et al., 2010). Dette ville ha blitt et mer omfattende prosjekt. I tillegg er feltet preget av anonymitet, som innebærer at det kan være utfordrende for en forsker å få tillatelse og innpass i de lukkede gruppene. Trojan (1989) gjennomførte en stor studie i Tyskland på 1980-tallet; 65 av 113 grupper som ble forespurt valgte å delta. Blant de 65 gruppene var responsraten på 23% (n=232). Dette illustrerer hvor utfordrende det kan være å rekruttere informanter. Det kan også argumenteres for at et kontrollert utvalg ikke nødvendigvis ville ha kunnet fanget noe av essensen ved SHG særlig innen rusfeltet. Det at det arrangeres åpne møter med mulighet for dropp-inn hvor ikke de andre medlemmene er avhengige av at nettopp *du* kommer kan være en fordel. Da kan man gå på møte når man har behov, der du befinner deg eller når du føler for det. I tillegg bevares anonymiteten. Åpne møter gjør det også mulig for nye mennesker å dra innom et møte for å se om selvhjelpsgruppen er noe for dem. Terskelen blir lav. Angstringen har også åpne informasjonsmøter om sine SHG hvor folk kan ta stilling til om dette tilbudet er noe de ønsker å benytte seg av (Angstringen,2018).

For menneskene som tidligere har deltatt i SHG, må man være bevisst på erindringsforskyvning (at man husker ting som annerledes etter en stund) og etterrasjonalisering (at man resonnerer seg fram til en annen virkelighet enn det som faktisk

fant sted da det hendte) (Jacobsen, 2005). Dette gjelder et mindretall av respondentene (20%), men er viktig å ha med i betraktingen.

5.0 Konklusjon

Denne studien belyser og drøfter forekomsten og frekvensen av sosial kontakt mellom deltakere i selvhjelpsgrupper. Selvhjelpsgrupper kan bidra til opplevelsen av sosial støtte gjennom å treffe andre med felles problem, dele erfaringer og følelser, og sosial kontakt utenom møtene og dette har en signifikant korrelasjon med deltakernes bedringsprosess. Humor brukes mye i kommunikasjonen i selvhjelpsgrupper. De fleste deltakerne går på møter ukentlig og mange går i grupper i flere år. Lavterskeltilbudet er likepersonstyrt, gratis og kan fungere som et alternativ eller supplement til annen behandling. Funnene kan bidra til å øke forståelsen av selvhjelpsgrupper og dens mekanismer. Kvalitative forskningsintervjuer kunne ha supplert og beriket studien. Videre studier kan for eksempel dreie som å intervjue deltakere angående humorens form og betydning.

Litteraturliste

Adamsen, Lis & Rasmussen, Julie Midtgaard. (2001). Sociological perspectives on self-help groups: reflections on conceptualization and social processes. *Journal of Advanced Nursing, 35*(6), 909-917. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01928.x

Aglen, Bjørg, Hedlund, Marianne & Landstad, Bodil J. (2011). Self-help and self-help groups for people with long-lasting health problems or mental health difficulties in a Nordic context: A review. *Scandinavian Journal of Public Health, 39*(8), 813-822. doi: 10.1177/1403494811425603

Angstringen. (2018). Hentet 10.03.18 fra http://angstringen.no

Anonyme Alkoholikere. (2018). Hentet 15.03.18 fra http://www.anonymealkoholikere.no/2/

Anonyme Narkomane. (2018). Hentet 05.03.18 fra https://nanorge.org

Borg, Marit. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet ; brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 46*(5), 452-459.

Borkman, Thomasina. (1999). *Understanding self-help/mutual aid : experiential learning in the commons*. New Brunswick, N.J: Rutgers University Press.

Brown, Louis, Tang, Xiaohui & Hollman, Ruth. (2014). The Structure of Social Exchange in Self-help Support Groups: Development of a Measure. *American Journal of Community Psychology, 53*(1), 83-95. doi: 10.1007/s10464-013-9621-3

Cohen, Sheldon, Wills, Thomas Ashby & House, Betty J. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310-357. doi: 10.1037/0033-2909.98.2.310

Drebing, Charles. (2016). *Leading Peer Support and Self-Help Groups: A Pocket Resource for Peer Specialists and Support Group Facilitators* (Bind 1). Massachusets: Alderson Press, LLC.

Feiring, Marte. (2014). *Om politisering og læring i selvhjelpsfeltet : to notater fra et forskningsprosjekt om selvhjelpsvirksomhet* (Høgskolen i Oslo og Akershus, Bind 2014 nr 1). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

Fjeldstad, Irene Beate. (2017). *«Vi deler erfaringer når det skjer». En kvalitativ studie om helsefremmende fellesskap i selvorganiserte selvhjelpsgrupper*. Nord universitet

Hedlund, Marianne & Landstad, Bodil. (2011). *Forskning på selvhjelp og selvhjelpsgrupper: Helsepolitikk, empowerment og positiv helse* (Arbeidsnotat nr 239). Steinkjer: Høgskolen i Nord-Trøndelag.

Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonal plan for selvorganisert selvhjelp*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2015). *Folkehelsepolitisk rapport 2015. Indikatorer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet*. Oslo: Helsedirektoratet.

Hildingh, Cathrine, Fridlund, Bengt & Segesten, Kerstin. (1995). Social support in self-help groups, as experienced by persons having coronary heart disease and their next of kin. *International Journal of Nursing Studies, 32*(3), 224-232. doi: 10.1016/0020-7489(95)00001-E

Hjemdal, Ole K., Nilsen, Sigrun & Seim, Sissel. (1998). *Selvhjelp : kunsten å løfte seg etter håret*. Oslo: Cappelen akademisk forl.

Humphreys, Keith, Mankowski, Eric, Moos, Rudolf & Finney, John. (1999). Do enhanced friendship networks and active coping mediate the effect of self-help groups on substance abuse? *Annals of Behavioral Medicine, 21*(1), 54-60. doi: 10.1007/BF02895034

Humphreys, Keith & Rappaport, Julian. (1994). Researching self-help/mutual aid groups and organizations: Many roads, one journey. *Applied and Preventive Psychology, 3*(4), 217-231.

Hånes, Hanna. (2014). *Fakta om sosial støtte og ensomhet*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/

Jacobsen, Dag Ingvar. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg. utg.). Kristiansand: Høyskoleforl.

Jakobsen, Klara & Lillefjell, Monica. (2011). *Selvhjelpsgrupper : et oppfølgingstilbud for deltakere ved Enhet for raskere tilbake Betania Malvik* (Rapportserie fra Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU, Vol. rapport 2011/05.).

Johannessen, Asbjørn, Christoffersen, Line & Tufte, Per Arne. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.

Katz, Alfred H. & Bender, Eugene I. (1976). *The strength in us : self-help groups in the modern world*. New York: New Viewpoints.

Kelly, John F. & Yeterian, Julie D. (2011). The role of mutual-help groups in extending the framework of treatment. *Alcohol research & health : the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 33*(4), 350.

Kristensen, Øistein & Vederhus, John-Kåre. (2005). Selvhjelpsgrupper i rusbehandling. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 125*(20), 2798-2801.

Kvamme, Ingunn & Nilsen, Ann Christin Eklund. (2011). *Hjelper selvhjelp? : En prosessevaluering av prosjektet Selvhjelp og individuell plan i psykisk helsefremmende arbeid* (Prosjektrapport (Agderforskning : online), Vol. nr 01/2011.).

Laudet, Alexandre B., Cleland, Charles M., Magura, Stephen, Vogel, Howard S. & Knight, Edward L. (2004). Social Support Mediates the Effects of Dual-Focus Mutual Aid Groups on Abstinence from Substance Use. *American Journal of Community Psychology, 34*(3-4), 175-185. doi: 10.1007/s10464-004-7413-5

Lieberman, Morton & Snowden, Lonnie. (1993). Problems in assessing prevalence and membership characteristics of self-help group participants. *The Journal of Applied Behavioral Science, 29*(2), 166. doi: 10.1177/0021886393292003

Loland, Nina Waaler. (2006). *Effekt av selvhjelpsgrupper ved angst og depresjon : kunnskapsoppsummering* (Rapport fra Kunnskapssenteret, Vol. nr. 21-2006.).

Magura, Stephen, Knight, Edward L., Vogel, Howard S., Mahmood, Daneyal, Laudet, Alexandre B. & Rosenblum, Andrew. (2003). Mediators Of Effectiveness In Dual-focus Self-help Groups #. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 2003, Vol.29(2), p.301-322, 29*(2), 301-322. doi: 10.1081/ADA-120020514

Markowitz, Fred E. (2015). Involvement in mental health self-help groups and recovery. *Health Sociology Review*, 1-14. doi: 10.1080/14461242.2015.1015149

Martin, Rod A. & Eisenberg, Nancy. (2001). Humor, Laughter, and Physical Health: Methodological Issues and Research Findings. *Psychological Bulletin, 127*(4), 504-519. doi: 10.1037/0033-2909.127.4.504

Mok, Bong-Ho, Cheung, Yuet W. & Cheung, Tak-Sing. (2006). Empowerment Effect of Self-Help Group Participation in a Chinese Context. *Journal of Social Service Research, 32*(3), 87-108. doi: 10.1300/J079v32n03_05

Munn-Giddings, Carol & McVicar, Andrew. (2007). Self-help groups as mutual support: What do carers value? *Health & Social Care in the Community, 15*(1), 26-34. doi: 10.1111/j.1365-2524.2006.00660.x

Norsk Selvhjelpsforum. (2009). *Kartlegging av Selvhjelpsvirksomhet i rusfeltet*. Norway: Norsk Selvhjelpsforum/Selvhjelp Norge.

Nylenna, Magne, Røyert, Hege & Olsen, Ove. (2007). *Store medisinske leksikon : 4 : N-So* (2. utg. utg., Bind 4). Oslo: Kunnskapsforl.

Pagano, Maria E., Post, Stephen G. & Johnson, Shannon M. (2010). Alcoholics Anonymous-Related Helping and the Helper Therapy Principle. *Alcoholism Treatment Quarterly, 29*(1), 23-34. doi: 10.1080/07347324.2011.538320

Pallant, Julie. (2016). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (6th ed. utg.). Maidenhead: McGraw Hill.

Polit, Denise F. & Beck, Cheryl Tatano. (2012). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (9th ed. utg.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer.

Ringdal, Kristen. (2013). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.

Sjåfjell, Tommy Lunde & Myhra, Ann-Beate (2015). Selvhjelp og likemannsarbeid - mulige verktøy for å oppnå mestring og empowerment? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(02), 140-148.

Snowden, Ann. (2003). Humour and health promotion. *Health Education Journal, 62*(2), 143-152. doi: 10.1177/001789690306200206

Spiseforstyrrelsesforeningen. (2018). Hentet 15.02.18 fra http://www.spisfo.no/

SSB. (2018). Hentet 12.03 fra https://www.ssb.no

Stang, Ingun & Mittelmark, Maurice B. (2010). Intervention to enhance empowerment in breast cancer self-help groups. *Nursing inquiry, 17*(1), 47-57. doi: 10.1111/j.1440-1800.2009.00465.x

Stokken, Roar, Barstad, Johan & Thokle, Gudrun. (2011). CLOSE RELATIONS IN OPEN SPACES - ON SELF-HELP ACROSS THE RURAL-URBAN DIVIDE. *Journal of Risk and Governance, 2*(3), 135-146.

Trojan, Alf. (1989). Benefits of self-help groups: A survey of 232 members from 65 disease-related groups. *Social Science & Medicine, 29*(2), 225-232. doi: 10.1016/0277-9536(89)90171-8

Vederhus, John-Kåre, Hjerkinn, Bjørg & Kristensen, Øistein. (2011). Selvhjelpsgrupper for rusmiddelavhengige. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 131*(12), 1204-1206.

Vederhus, John-Kåre, Kristensen, Øistein, Tveit, Helga & Clausen, Thomas. (2008). Tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper ; en ressurs i rehabiliteringen av rusmiddelavhengige. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 45*(10), 1268-1275.

Vedlegg 1: Forfatterveiledning for tidsskriftet «Fontene»

Forfatterveiledning

Publisert 21.04.2008 kl 09.38 Oppdatert 14.12.2013 kl 12.41

Vitenskapelige artikler skal ikke overskride 7000 ord, inkludert sammendrag, nøkkelbegreper og litteraturreferanser. Artiklene skal inneholde et sammendrag på 100-120 ord som trykkes som ingress før artikkelen. Dersom artikkelen antas til publisering skal sammendraget oversettes til engelsk og trykkes etter artikkelen. Debattartikler og kommentarer skal ikke være lengre enn 3000 ord, bokanmeldelser ikke lengre enn 2 000 ord.

INNSENDELSE AV BIDRAG

Manus til vitenskapelige artikler, debattartikler og kommentarer, bokanmeldelser og nyheter sendes som vedlegg til epost til fagredaktør Sissel Seim på e-post. Hvis det er flere enn en forfatter skal en av forfatterne være kontaktperson. Alt materiale skal sendes i en fil som skal ha forfatterens eller kontaktpersonens navn og dato for innsendelse som navn på dokumentet. Samme eller lignende manuskript må ikke sendes til andre tidsskrifter eller forlag når det er aktuelt for publisering i Fontene forskning.

TEKNISKE KRAV

Vitenskapelig artikler og debattartikler skal sendes i redigerbar elektronisk form (Word-format). Artikler skal være skrevet med 1.5 linjeavstand og marg på 2,5 cm på hver side og oppe og nede. Sidene skal være fortløpende paginert, og skal ikke inneholde topptekst eller bunntekst med forfatterens navn eller andre informasjoner. Det godtas opp til to nivåer av underoverskrifter for å dele opp artikkelen. Underoverskriftene skal gi leserne veiledning og bør være korte og informative. Noter bør unngås, innholdet bør innarbeides i teksten. Hvis det er nødvendig med noter skal de settes inn som sluttnoter og nummereres fortløpende. Eventuelle tabeller eller figurer skal leveres på egen side, med henvisning i teksten til hvor de skal settes inn. Innsending av vitenskapelige artikler og debattartikler skal sendes i et dokument og inneholde:

A. Eget oversiktsark:

- Artikkelens tittel

- Forfatteren/forfatternes navn, tittel og arbeidssted, dersom flere forfattere skal de oppgis i riktig rekkefølge.

- Opplysninger for den forfatteren som skal være kontaktperson: postadresse, telefon og e-post

- Artikkelens lengde (antall ord) inkludert sammendrag, litteraturreferanser og nøkkelbegreper.

- Erklæring om at artikkelen ikke har vært publisert eller levert til publisering annet sted.

B. Ark med tittel og sammendrag

På neste side skrives artikkelens tittel, et sammendrag på maksimum 120 ord og maksimum seks nøkkelbegreper.

C. Artikkelen

Tittel, tekst, litteraturreferanser og eventuelle figurer og tabeller på separate sider.

ANONYMISERT ARTIKKEL

For vitenskapelige artikler skal det i tillegg sendes inn en anonymisert versjon av artikkelen som eventuelt kan sendes til fagfellevurdering. I denne versjonen skal det ikke kunne gjenkjennes hvem som er forfatter, og tekst og litteraturreferanser til forfatter må anonymiseres. Dette dokumentet skal også ha forfatterens navn og dato for innsendelse som dokumentnavn, dette fjernes av redaksjon før eventuell videresending til fagfeller.

MAL FOR REFERANSER

Referanser skal følge mal APA 6, norsk versjon med fullt fornavn.

Vedlegg 2: Oversikt over organisasjoner eller grupper som har deltatt

Alfabetisk liste over grupper, instanser og organisasjoner som har formidlet samtykkeskjema med link til spørreundersøkelsen enten på papir, Facebook (åpne og lukkede grupper) eller per epost:

- «Alle kan bli rusfri» (lukket Facebook-gruppe, 4.100 medlemmer)
- Angstringen (epost til 147 personer)
- Anonyme Alkoholikere (distribuert i papirutgave på flere åpne og lukkede møter i Oslo)
- Anonyme Narkomane («Snøballmetoden»)
- Landsforbundet Mot Stoffmisbruk (Facebook-gruppe, 19.350 følgere)
- Lillehammer Frivillighetssentral (2 grupper)
- Link Trondheim (epost til om lag 40 personer, purret)
- Landsforbundet for pårørende innen psykisk helse (Facebookgruppe, 2097 følgere)
- Mental Helse Norge (Facebookgruppe, 25.859 følgere)
- R.I.O (Rusmisbrukernes interesseorganisasjon) (delt i forum)
- R.O.T (Recovery og tilfriskning) (åpen og lukket Facebook-gruppe, samt på møter)
- Spiseforstyrrelseforeningen (1-2 grupper per epost)
- Skap Gode Dager- Drammen Kommune (1-2 grupper)
- Sykehuset i Vestfold- Lærings og Mestringssenter (1-2 grupper)

(Tallene er fra januar 2018)

Vedlegg 3: Spørreundersøkelsen

Spørreskjema (dokumentet fra UIO nettskjema er tungt formattert og ble for stort å legge inn i Word. Har laget en tabell som viser oversikten over spørsmålene som ble stilt

Selvhjelpsgrupper (SHG)

Bakgrunnsspørsmål før og etter the Social Exchange Scales

Spørsmål	Svaralternativer					
Kjønn	Kvinne	Mann				
Alder	18-35 år	36-49 år	50-65 år	66-80 år		
Hva er din høyeste fullførte utdanning?	Grunnskole	Videregående skole	Høgskole/ universitet	Ingen av delene		
Skole- og arbeids-forhold (maks. 2 alternativer)	Jeg jobber	Jeg studerer	Jeg er arbeidssøkende	Jeg er trygdet	Jeg er pensjonist	Jeg er helt eller delvis sykemeldt
Går du for øyeblikket i selvhjelpsgruppe?	Jeg går i SHG	Jeg har tidligere gått i SHG				
Hvilket område er selvhjelpsgruppen innenfor	Psykisk helse	Rusrelatert	Pårørendegruppe	Andre grupper		
Er gruppen du går i likepersons-styrt? (altså ikke ledet av en fagperson?	Ja	Nei	Delvis			
Hvor ofte går (gikk) du på møter?	Ukentlig	1-3 gng i måneden	1-5 gng i halvåret	Sjeldnere		
Er gruppen du går i åpen eller lukket	Åpen	Lukket	Begge deler			

(Vedlegg 3 forts)

The Social exchange scales:

De følgende spørsmålene omhandler det som forgår på gruppemøter. Vennligst angi hvor ofte atferden forekommer på gruppemøtene.

Under gruppemøter:

	Aldri	**Nesten aldri**	**Mindre enn halvparten av tiden**	**Omtrent halvparten av tiden**	**Mer enn halvparten av tiden**	**Nesten alltid**	**Alltid**
Erfaringsmessig kunnskap jeg deler:							
Jeg deler personlige problemer med gruppemedlemmer							
Jeg snakker om tema som jeg opplever som sensitive							
Jeg deler følelsene mine med gruppen							
Emosjonell støtte jeg gir:							
Jeg viser omtanke for et gruppemedlem							
Jeg støtter et gruppemedlem følelsesmessig							
Jeg anerkjenner de personlige prestasjonene et gruppemedlem har oppnådd							
Erfaring og kunnskap jeg mottar:							
Gruppemedlemmer deler sine personlige problemer med meg							
Gruppemedlemmer snakker om sensitive temaer							
Gruppemedlemmer deler følelsene sine med gruppen							
Følelsesmessig støtte jeg mottar:							
Gruppemedlemmer lytter når jeg snakker							
Gruppemedlemmer viser interesse for og hører på mine idéer og meninger							

Et gruppemedlem uttrykker tillit til mine evner							
	Aldri	**Nesten aldri**	**Mindre enn halvparten av tiden**	**Omtrent halvparten av tiden**	**Mer enn halvparten av tiden**	**Nesten alltid**	**Alltid**
Humorutveksling:							
Gruppemedlemmer bruker humor i kommunikasjonen							
Gruppemedlemmer ler av min humor							
Gruppemedlemmer spøker med meg							
Jeg bruker humor i kommunikasjonen							
Jeg spøker med andre gruppemedlemmer							
Uønsket atferd:							
Et gruppemedlem er ikke stille når jeg snakker							
Et gruppemedlem avbryter meg mens jeg snakker							
Et gruppemedlem kommer for sent til møtet							
Det oppstår misforståelser mellom gruppemedlemmer							
Et gruppemedlem kommer med sladder							
Et gruppemedlem slutter å følge med på diskusjonen							
Et gruppemedlem snakker for lenge							

(Vedlegg 3 forts)

Følgende spørsmål dreier seg om utveksling utenfor møter. Indiker hvor mange ganger hendelsen har skjedd. Her kan det være at svaret ofte er aldri. Det er ikke uvanlig at slik aktivitet er fraværende.

Hvor ofte i løpet av de siste 3 månedene har...	Aldri	1 gang	2-3 ganger	4-9 ganger	10 eller flere ganger
du gjort en tjeneste for et annet gruppemedlem					
du besøkt et medlem av gruppen					
du vært sosial med et gruppemedlem utenom møtene					
et medlem av gruppen gjort en tjeneste for deg					
et medlem av gruppen besøkt deg					

Bakgrunn, tilfredshet og bedringsprosess (ikke en del av den amerikanske spørreundersøkelsen)

Spørsmål	Svaralternativer				
Hvor lenge har du deltatt (deltok du) i selvhjelpsgruppen?	1-6 mnd	7-12 mnd	1-3 år	3 år eller mer	
Hvor viktig vil du si at selvhjelpsgruppen har vært for din bedringsprosess?	Ikke viktig	Litt Viktig	Hverken viktig eller uviktig	Ganske viktig	Svært viktig
Totalt sett hvor fornøyd er du med selvhjelpsgruppen?	Svært misfornøyd	Ganske misfornøyd	Hverken fornøyd eller misfornøyd	Ganske fornøyd	Svært fornøyd

Vedlegg 4: NSD

Heidi Jerpseth
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSL O

Vår dato: 10.10.2017 Vår ref: 55795 / 3 / EPA Deres dato:
Deres ref:

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.09.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

55795	Hvordan oppleves den sosiale støtten i selvhjelpsgrupper? En tverrsnittsundersøkelse av brukernes erfaring med deltagelse i selvhjelpsgrupper
Behandlingsansvarlig	Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Heidi Jerpseth
Student	Sara Anne Warhuus

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 22.12.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Eva J. B. Payne

Kontaktperson: Eva J. B. Payne tlf: 55 58 27 97 / eva.payne@nsd.no
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Sara Anne Warhuus, saraw@mail.com

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vedlegg 5 : Tillatelse fra dr Brown

Fra: Brown, Louis D <Louis.D.Brown@uth.tmc.edu>
Sendt: 22. mai 2017 03:31:58
Til: Sara Anne Warhuus
Emne: RE: Social exchange scales

Hi Sara,

Yes, you can translate the scales. You can find the instrument as an appendix to the article (attached). We currently only have a Spanish translation. I do not know of anyone who has used these scales in Scandinavia. I would appreciate it if you would send me your Norwegian translation.

Best, Louis

Louis D. Brown, Ph.D.
Assistant Professor of Health Promotion and Behavioral Sciences
The University of Texas Health Science Center at Houston (UTHealth)
School of Public Health in El Paso
1101 North Campbell Street, Room 409
El Paso, Texas 79902
phone: (915) 747-8506
fax: (915) 747-8512
email: louis.d.brown@uth.tmc.edu

From: Sara Anne Warhuus [mailto:s121531@stud.hioa.no]
Sent: Monday, May 22, 2017 2:12 AM
To: Brown, Louis D <Louis.D.Brown@uth.tmc.edu>
Subject: Social exchange scales

Dear Mr Brown,

I am a masters student at the Oslo University College in Norway in the area of Empowerment and Health Promotion. I am in the middle of writing the project plan for my master thesis, and I'm very interested in support groups, self-help groups. I've read your article on social exchange scales and I am wondering whether or not it would be possible to try the questionaire in Norway? Seeing that several people report the social aspects of attending groups as very rewarding it would be interesting to see if that is the case in Norway too. Hence I will have to translate the questions into Norwegian, and I would send the questionaire to organizations that provide/arrange support groups and/or selfhelp groups. Depending on the response, I will base my thesis solely on analyzing the data from the questionaire. My aim is to get at least 50 respondents, and at the end I will write an article that I hope to get published. Either in English or Norwegian.
Do you know if this has been attempted anywhere else in Scandinavia?
Is it possible to gain access to your questionaire?

Hope to hear from you soon.

Kind regards,
Sara Anne Warhuus

Vedlegg 6: samtykkeskjema

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Oslo, November 2017

Forespørsel om deltakelse i et masterprosjekt om selvhjelpsgrupper.

Prosjekttittel: «I samme båt?». Hvordan oppleves den sosiale støtten i selvhjelpsgrupper? En tverrsnittsundersøkelse av brukernes erfaring med deltagelse i selvhjelpsgrupper.

Målgruppe:

Dette er en forespørsel til deg om du er villig til å delta i en spørreundersøkelse fordi du har erfaring fra å delta i selvhjelpsgrupper. Spørreundersøkelsen er en del av masterstudent Sara Anne Warhuus sin masteroppgave ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Veiledere ved høgskolen er førsteamanuensis Pål Joranger og førsteamanuensis Heidi Jerpseth.

Bakgrunn og hensikt med prosjektet:

Tidligere forskning har vist at sosial støtte er et viktig resultat av å delta i selvhjelpsgrupper. Vi trenger mer kunnskap om ulike sider ved å delta i selvhjelpsgrupper. Formålet med denne spørreundersøkelsen er derfor å få økt kunnskap om hvordan deltakere i selvhjelpsgrupper opplever å både få og gi sosial støtte ved å delta i selvhjelpsgrupper. Spørreundersøkelsen vil i tillegg søke svar på hva som oppleves viktig både for å motta og gi sosial støtte.

Hva innebærer studien?

Å delta studien innebærer å svare på et elektronisk spørreskjema med 40 spørsmål. Estimert tidsbruk er ca. 10-15 minutter. Temaene vil omhandle dine erfaringer i forhold til det du opplever som sosial støtte ved å delta i selvhjelpsgrupper i tillegg til bakgrunnsinformasjon.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Det innhentes ingen andre opplysninger om deltakerne i spørreundersøkelsen. Spørreskjemaet innhenter kun bakgrunnsinformasjon som ikke kan identifiseres. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i publikasjoner fra denne undersøkelsen. Opplysningene behandles konfidensielt på en trygg og forsvarlig måte. Den tekniske gjennomføringen av spørreskjemaundersøkelsen foretas av masterstudent Sara Anne Warhuus. Studiet er godkjent av Norsk Senter for forskningsdata (NSD). Personopplysningene slettes når prosjektet er ferdigstilt, innen desember 2018.

Frivillig deltakelse:

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du trekker deg fra studien vil innsamlede opplysninger om deg bli slettet. Ta kontakt med Sara Anne Warhuus, tlf, 95289825, epost: s121531@stud.hioa.no, dersom du har spørsmål eller ønsker å trekke deg.

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta.

LINK TIL SPØRRUNDERSØKELSEN: https://skjema.uio.no/88946
(vennligst kopier denne nettadressen og lim inn i nettleseren din)

Svarfrist 15. februar 2018

Med vennlig hilsen,

Sara Anne Warhuus

(masterstudent)

Vedlegg 7: Oversikt over oversettelsen

The translation of the social exchange scales with modifications

The scales:

English	Never	Very rarely	Less then half the time	About half the time	More than half the time	Almost always	Always
Norwegian	Aldri	Nesten aldri	Mindre enn halvparten av tiden	Omtrent halvparten av tiden	Mer enn halvparten av tiden	Nesten alltid	Alltid

The questions:

English version:	**Norwegian version (direct translation):**	**Modified to:**
The following questions ask about what goes on during group meetings. Please indicate how often each behavior occurs during your group's meetings.	De følgende spørsmålene omhandler det som foregår på gruppemøter. Vennligst indiker hvor ofte hver atferd forekommer under gruppemøtene deres.	De følgende spørsmålene omhandler det som foregår på gruppemøter. Svarene går i en skala på 7 fra aldri til alltid. Vennligst kryss av svaralternativet som passer.
Experiential Knowledge Provided:	*Erfaringsmessig kunnskap jeg deler*	
I share my personal problems with group members.	Jeg deler personlige problemer med gruppemedlemmer	
I talk about personally sensitive issues.	Jeg snakker om tema som jeg opplever som sensitive	
I share my feelings with the group.	Jeg deler følelsene mine med gruppen	
Emotional Support Provided:	*Emosjonell støtte jeg gir:*	
I express concern for a group member.	Jeg viser omtanke for et gruppemedlem	
I provide emotional support to a group member.	Jeg støtter et gruppemedlem følelsesmessig	
I recognize the personal accomplishments of a group member.	Jeg anerkjenner de personlige prestasjonene et gruppemedlem har oppnådd	
Experiential Knowledge Received:	*Erfaring og kunnskap jeg mottar:*	
Group members share their personal problems with me.	Gruppemedlemmer deler sine personlige problemer med meg	
Group members talk about sensitive issues.	Gruppemedlemmer snakker om sensitive temaer	
Group members share their feelings with the group.	Gruppemedlemmer deler følelsene sine med gruppen	
Emotional Support Received:	***Følelsesmessig støtte jeg mottar:***	
Group members listen carefully when I talk.	Gruppemedlemmer lytter når jeg snakker	
Group members show interest in hearing my ideas and opinions.	Gruppemedlemmer viser interesse for og hører på mine idéer og meninger	
A group member expresses confidence in my abilities.	Et gruppemedlem uttrykker tillit til mine evner	

English version:	Norwegian version (direct translation):	Modified to:
Humour exchanged:	*Humorutveksling:*	
Group members make jokes.	Gruppemedlemmer forteller vitser	Gruppemedlemmer bruker humor i kommunikasjonen
Group members laugh when I make a joke.	Gruppemedlemmer ler når jeg forteller en vits	Gruppemedlemmer ler av min humor
Group members kid around with me.	Gruppemedlemmer tuller med meg	Gruppemedlemmer spøker med meg
I make jokes.	Jeg forteller vitser	Jeg bruker humor i kommunikasjonen
I kid around with group members.	Jeg tuller med andre gruppemedlemmer	Jeg spøker med andre gruppemedlemmer
Unwanted Behaviour Received:	*Uønsket atferd:*	
A group member is not quiet when I am talking.	Et gruppemedlem er ikke stille når jeg snakker	
A group member interrupts me while I am talking.	Et gruppemedlem avbryter meg mens jeg snakker	
A group member shows up late to the meeting.	Et gruppemedlem kommer for sent til møtet	
There is a misunderstanding between group members.	Det oppstår misforståelser mellom gruppemedlemmer	
A group member gossips.	Et gruppemedlem kommer med sladder	
A group member stops listening to the discussion.	Et gruppemedlem slutter å følge med på diskusjonen	
A group member ends up talking for too long.	Et gruppemedlem snakker for lenge	
Exchanges outside meetings	*Utveksling utenom møtene:*	
This section asks about what you and other group members may have done together. Please indicate about how many times you did each activity listed. Don't worry if you answer 0 times often, as many people do.	Følgende spørsmål dreier seg om utveksling utenfor møter. Indiker hvor mange ganger hendelsen har skjedd. Her kan det være at svaret ofte er aldri. Det er ikke uvanlig at slik aktivitet er fraværende.	
In the last 3 months, about how many times did…	*Hvor ofte i løpet av de siste 3 månedene har...*	
you do a favour for a group member.	du gjort en tjeneste for et annet gruppemedlem	
you visit the home of a group member.	du besøkt et medlem av gruppen	
you socialize with a group member outside of group meetings.	du vært sosial med et gruppemedlem utenom møtene	
a group member do a favour for you.	et medlem av gruppen gjort en tjeneste for deg	
a group member visit your home.	et medlem av gruppen besøkt deg	

Vedlegg 8: Svar fra REK

To:

s121531@stud.hioa.no

Date:

Aug 24, 2017 9:55:37 AM

Sent: Tuesday, August 08, 2017 at 12:17 PM
From: post@helseforskning.etikkom.no
To: saraw@mail.com
Subject: Sv: REK sør-øst 2017/1444 Sosial støtte i selvhjelpsgrupper

Vår ref.nr.: 2017/1444 C

Hei.

Vi viser til innsendt skjema for fremleggingsvurdering av ovennevnte prosjekt, mottatt 08.07.17.

I prosjektbeskrivelsen som var vedlagt henvendelsen angis følgende om formålet med prosjektet: *Formålet med denne tverrsnittstudien er å se på sammenhengen mellom deltakelse i selvhjelpsgrupper og opplevelse av sosial støtte. Gjennom et spørreskjema er hensikten å få økt innsikt i hvordan deltakerne opplever å gå i selvhjelpsgrupper og på hvilken måte de gir og mottar sosial støtte i gruppen. Spørreundersøkelsen kartlegger om humor har en rolle i selvhjelpsgruppene, i tillegg til sosial kontakt mellom gruppemedlemmene utenfor selvhjelpsgruppen.*

Helseforskningslovens gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, forstått som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningslovens § 4.

Vi vurderer at dette prosjektet ikke omfattes av bestemmelsene i helseforskningsloven, da man ikke er ute etter ny kunnskap om helse eller sykdom *per se*. Prosjektet kan dermed gjennomføres uten REK-godkjenning.
Vi antar for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler for behandling av opplysninger som gjelder ved ansvarlig virksomhet. Søker bør derfor ta kontakt med enten forskerstøtteavdeling eller personvernombud for å avklare hvilke retningslinjer som er gjeldende.

Vi gjør videre oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å søke REK, vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen
Tor Even Svanes
seniorrådgiver
post@helseforskning.etikkom.no
T: 22845521

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)
http://helseforskning.etikkom.no

REK
REGIONALE KOMITEER FOR MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNINGSETIKK

Vedlegg 9: Output fra SPSS

Correlations

			Viktigfor_bedringsprosess Hvor viktig vil du si at selvhjelpsgruppen har vært for din bedringsprosess	Hvorfornøyd_kodet Totalt sett hvor fornøyd er du med selvhjelpsgruppen	Hvorlenge_kodet Hvor lenge deltatt/deltok du?	Gjsnittjegdelerogføler Mean jeg deler og føler	Gjsnittgruppendelerogføler Mean: Gruppemedlemmerer deler og føler	Gjsnitthumor Gjennomsnitt humor	Gjsnittneagtive Gjennomsnitt negative ting	Gjsnittsosial Gjennomsnitt kontakt utenom møter
Spearman's rho	Viktigfor_bedringsprosess Hvor viktig vil du si at selvhjelpsgruppen har vært for din bedringsprosess	Correlation Coefficient	1,000	,665**	,385**	,380**	,238**	,291**	-,086	,426**
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000	,009	,001	,350	,000
		N	120	119	120	120	119	119	119	119
	Hvorfornøyd_kodet Totalt sett hvor fornøyd er du med selvhjelpsgruppen	Correlation Coefficient	,665**	1,000	,155	,401**	,394**	,268**	-,276**	,351**
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,093	,000	,000	,003	,002	,000
		N	119	119	119	119	118	118	118	118
	Hvorlenge_kodet Hvor lenge deltatt/deltok du?	Correlation Coefficient	,385**	,155	1,000	,003	-,136	,214*	,068	,430**
		Sig. (2-tailed)	,000	,093	.	,971	,142	,019	,461	,000
		N	120	119	120	120	119	119	119	119
	Gjsnittjegdelerogføler Mean jeg deler og føler	Correlation Coefficient	,380**	,401**	,003	1,000	,704**	,318**	-,158	,237**
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,971	.	,000	,000	,087	,009
		N	120	119	120	120	119	119	119	119
	Gjsnittgruppendelerogføler Mean: Gruppemedlemmerer deler og føler	Correlation Coefficient	,238**	,394**	-,136	,704**	1,000	,340**	-,232*	,161
		Sig. (2-tailed)	,009	,000	,142	,000	.	,000	,011	,080
		N	119	118	119	119	119	119	119	119
	Gjsnitthumor Gjennomsnitt humor	Correlation Coefficient	,291**	,268**	,214*	,318**	,340**	1,000	,078	,409**
		Sig. (2-tailed)	,001	,003	,019	,000	,000	.	,397	,000
		N	119	118	119	119	119	119	119	119
	Gjsnittneagtive Gjennomsnitt negative ting	Correlation Coefficient	-,086	-,276**	,068	-,158	-,232*	,078	1,000	,005
		Sig. (2-tailed)	,350	,002	,461	,087	,011	,397	.	,958
		N	119	118	119	119	119	119	119	119
	Gjsnittsosial Gjennomsnitt kontakt utenom møter	Correlation Coefficient	,426**	,351**	,430**	,237**	,161	,409**	,005	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,009	,080	,000	,958	.
		N	119	118	119	119	119	119	119	119

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Gjennomsnittsverdier hos de 5 personene som har svart at de var svært misfornøyd:

Statistics

		Snitt_jegføler_ogdeler	Snitt_gruppa_føler_deler	Snitt_humor	Snitt_negativ	Snitt_sosial
N	Valid	5	5	5	5	5
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		5,2667	4,6333	4,3200	3,9143	2,1600

(Vedlegg 9 forts.)

Split file de som tidligere har gått i selvhjelpsgruppe og korrelasjon:

Correlations

	Gårikkegårgruppe Går du for øyeblikket i en selvhjelpsgruppe?			Viktigfor_bedringsprosess Hvor viktig vil du si at selvhjelpsgruppen har vært for din bedringsprosess	Hvorfornøyd_kodet Totalt sett hvor fornøyd er du med selvhjelpsgruppen	Gjsnittnegativt Mean negativt
Spearman's rho	1 Jeg går i selvhjelpsgruppe	Viktigfor_bedringsprosess Hvor viktig vil du si at selvhjelpsgruppen har vært for din bedringsprosess	Correlation Coefficient	1,000	,688**	-,002
			Sig. (2-tailed)	.	,000	,988
			N	96	95	96
		Hvorfornøyd_kodet Totalt sett hvor fornøyd er du med selvhjelpsgruppen	Correlation Coefficient	,688**	1,000	-,192
			Sig. (2-tailed)	,000	.	,063
			N	95	95	95
		Gjsnittnegativt Mean negativt	Correlation Coefficient	-,002	-,192	1,000
			Sig. (2-tailed)	,988	,063	.
			N	96	95	96
	2 Jeg har tidligere gått i selvhjelpsgruppe	Viktigfor_bedringsprosess Hvor viktig vil du si at selvhjelpsgruppen har vært for din bedringsprosess	Correlation Coefficient	1,000	,531**	-,306
			Sig. (2-tailed)	.	,008	,156
			N	24	24	23
		Hvorfornøyd_kodet Totalt sett hvor fornøyd er du med selvhjelpsgruppen	Correlation Coefficient	,531**	1,000	-,510*
			Sig. (2-tailed)	,008	.	,013
			N	24	24	23
		Gjsnittnegativt Mean negativt	Correlation Coefficient	-,306	-,510*	1,000
			Sig. (2-tailed)	,156	,013	.
			N	23	23	23

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

T-test:

Humor:

Group Statistics

	Hvilkengruppe_kodet Hvilket område er selvhjelpsgruppen innenfor	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Snitt_humor	1,00 Psykisk helse	36	4,2528	1,02636	,17106
	2,00 Rusrelatert	79	4,9589	1,19434	,13437

(Vedlegg 9 fortsetter)

Group Statistics

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Snitt_humor	Equal variances assumed	1,537	,218	-3,067	113	,003	-,70608	,23024	-1,16222	-,24995
	Equal variances not assumed			-3,246	78,166	,002	-,70608	,21753	-1,13913	-,27303

Sosial kontakt:

Group Statistics

	Hvilkengruppe_kodet Hvilket område er selvhjelpsgruppen innenfor	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Snitt_sosial	1,00 Psykisk helse	36	1,3278	,43596	,07266
	2,00 Rusrelatert	79	3,2177	1,16891	,13151

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Snitt_sosial	Equal variances assumed	34,180	,000	-9,389	113	,000	-1,88994	,20129	-2,28873	-1,49115
	Equal variances not assumed			-12,579	110,037	,000	-1,88994	,15025	-2,18770	-1,59218

(Vedlegg 9 fortsetter)

Erfaring, kunnskap og støtte jeg deler:

Group Statistics

	Hvilkengruppe_kodet Hvilket område er selvhjelpsgruppen innenfor	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Snitt_jegføler_ogdeler	1,00 Psykisk helse	36	5,5741	1,00352	,16725
	2,00 Rusrelatert	80	5,7333	,97689	,10922

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Snitt_jegføler_ogdeler	Equal variances assumed	,404	,527	-,806	114	,422	-,15926	,19771	-,55092	,23241
	Equal variances not assumed			-,797	65,905	,428	-,15926	,19976	-,55810	,23958

Erfaring, kunnskap og støtte jeg mottar:

Group Statistics

	Hvilkengruppe_kodet Hvilket område er selvhjelpsgruppen innenfor	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Snitt_gruppa_føler_deler	1,00 Psykisk helse	36	5,8926	,80696	,13449
	2,00 Rusrelatert	79	5,8878	,94470	,10629

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Snitt_gruppa_føler_deler	Equal variances assumed	,375	,541	,027	113	,979	,00483	,18184	-,35543	,36509
	Equal variances not assumed			,028	78,611	,978	,00483	,17142	-,33640	,34606

Negative erfaringer:

Group Statistics

	Hvilkengruppe_kodet Hvilket område er selvhjelpsgruppen innenfor	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Snitt_negativ	1,00 Psykisk helse	36	2,4226	,83516	,13919
	2,00 Rusrelatert	79	2,5137	1,00101	,11262

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Snitt_negativ	Equal variances assumed	,242	,624	-,475	113	,635	-,09106	,19158	-,47062	,28849
	Equal variances not assumed			-,509	80,371	,612	-,09106	,17905	-,44736	,26523

(Vedlegg 9 fortsetter)

Lengde på deltakelse:

Group Statistics

	Hvilkengruppe_kodet Hvilket område er selvhjelpsgruppen innenfor	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Hvorlenge_kodet Hvor lenge deltatt/deltok du?	1,00 Psykisk helse	36	2,5556	,87650	,14608
	2,00 Rusrelatert	80	3,4500	,93997	,10509

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Hvorlenge_kodet Hvor lenge deltatt/deltok du?	Equal variances assumed	,022	,883	-4,839	114	,000	-,89444	,18483	-1,26059	-,52830
	Equal variances not assumed			-4,970	72,052	,000	-,89444	,17996	-1,25318	-,53571

Hvor viktig har gruppen vært for din bedringsprosess?

Group Statistics

	Hvilkengruppe_kodet Hvilket område er selvhjelpsgruppen innenfor	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Viktigfor_bedringsprosess Hvor viktig vil du si at selvhjelpsgruppen har vært for din bedringsprosess	1,00 Psykisk helse	36	4,1944	,92023	,15337
	2,00 Rusrelatert	80	4,7250	,63595	,07110

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Viktigfor_bedringsprosess Hvor viktig vil du si at selvhjelpsgruppen har vært for din bedringsprosess	Equal variances assumed	7,802	,006	-3,597	114	,000	-,53056	,14751	-,82278	-,23833
	Equal variances not assumed			-3,138	50,625	,003	-,53056	,16905	-,87000	-,19111

Totalt sett hvor fornøyd er du med selvhjelpsgruppen?

Group Statistics

	Hvilkengruppe_kodet Hvilket område er selvhjelpsgruppen innenfor	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Hvorfornøyd_kodet Totalt sett hvor fornøyd er du med selvhjelpsgruppen	1,00 Psykisk helse	36	4,3333	,92582	,15430
	2,00 Rusrelatert	79	4,5316	,99789	,11227

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Hvorfornøyd_kodet Totalt sett hvor fornøyd er du med selvhjelpsgruppen	Equal variances assumed	,096	,757	-1,010	113	,315	-,19831	,19629	-,58719	,19057
	Equal variances not assumed			-1,039	72,722	,302	-,19831	,19083	-,57865	,18203

(Vedlegg 9 fortsetter)

Lengden på deltakelse:

Group Statistics

	Hvilkengruppe_kodet Hvilket område er selvhjelpsgruppen innenfor	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Hvorlenge_kodet Hvor lenge deltatt/deltok du?	1,00 Psykisk helse	36	2,5556	,87650	,14608
	2,00 Rusrelatert	80	3,4500	,93997	,10509

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Hvorlenge_kodet Hvor lenge deltatt/deltok du?	Equal variances assumed	,022	,883	-4,839	114	,000	-,89444	,18483	-1,26059	-,52830
	Equal variances not assumed			-4,970	72,052	,000	-,89444	,17996	-1,25318	-,53571

Humorkorrelasjoner:

Correlations

			H1gruppemedlbrukerhumor Gruppemedlemmer bruker humor i kommunikasjonen	H2gruppemedlleravminhumor Gruppemedlemmer ler av min humor	H3gruppemedlspøkermedmeg Gruppemedlemmer spøker med meg	H4jegbrukerhumor Jeg bruker humor i kommunikasjonen	H5jegspøkermedandre Jeg spøker med andre gruppemedlemmer
Spearman's rho	H1gruppemedlbrukerhumor Gruppemedlemmer bruker humor i kommunikasjonen	Correlation Coefficient	1,000	,520**	,721**	,534**	,496**
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000	,000
		N	119	118	117	117	118
	H2gruppemedlleravminhumor Gruppemedlemmer ler av min humor	Correlation Coefficient	,520**	1,000	,573**	,589**	,533**
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000	,000
		N	118	118	116	116	117
	H3gruppemedlspøkermedmeg Gruppemedlemmer spøker med meg	Correlation Coefficient	,721**	,573**	1,000	,629**	,701**
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000	,000
		N	117	116	117	115	116
	H4jegbrukerhumor Jeg bruker humor i kommunikasjonen	Correlation Coefficient	,534**	,589**	,629**	1,000	,747**
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.	,000
		N	117	116	115	117	116
	H5jegspøkermedandre Jeg spøker med andre gruppemedlemmer	Correlation Coefficient	,496**	,533**	,701**	,747**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	.
		N	118	117	116	116	118

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

15.05.2018

Refleksjonsoppgave

Master i Empowerment og Helsefremmende Arbeid

Problemstilling:

Refleksjoner omkring mestring og sosial støtte i selvhjelpsgrupper

Sara Anne Warhuus

Forord/forforståelse

Etter å ha jobbet 15 år som intensivsykepleier innen akuttmedisin har jeg truffet mange skjebner. Mennesker med rusproblemer, psykiske problemer eller en kombinasjon. Mang en gang har jeg undret meg over hvordan det går med disse menneskene i etterkant. Får de den oppfølgingen de trenger eller blir de overlatt til seg selv?

Gjennom masterstudiet har jeg skrevet om oppfølging av intensivpasienter, samtalegrupper for tidligere intensivpasienter og sorggrupper. Jeg fikk gjennom studiet en økt interesse, kunnskap og en økt tro på at gruppeprosesser kunne være til god hjelp for enkeltindividet. Dermed endte jeg med å skrive om selvhjelpsgrupper på masteroppgaven. Feltet var for meg i utgangspunktet ukjent. Jeg hadde hørt om AA, men ante ikke at det eksisterte i et slikt omfang i Norge. Jeg visste blant ikke at det fantes både åpne og lukkede møter. Angstringen kjente jeg også til, men jeg ante ikke at organisasjonen hadde lokallag/angstringer i hele landet. Det har vært en lang og broket prosess, og jeg har lært mye underveis. Det å erfare at den organisasjonen man har vært i dialog med hele veien, og som man har belaget seg på å rekruttere respondenter ifra, valgte å trekke seg, gjorde at jeg måtte ta en helomvending når jeg i utgangspunktet trodde løypa lå klar. Rekrutteringsprosessen har vært lærerik, og jeg har lært mye om å jobbe i statistikkprogrammet SPSS og ikke minst skriveprosesser!

Til syvende og sist er jeg meget fornøyd med at jeg klarte å få så mange respondenter og at funnene har vist seg å være interessante. Jeg opplever jeg at mitt prosjekt kan tilføre noe. Et av hovedfunnene er graden sosiale kontakten medlemmene har utenom møtene. Et annet aspekt er humor. Leser man stikkordsregisteret til Katz som regnes som en nøkkelperson innen selvhjelpsfeltet, fremheves ikke humor som en kilde til hjelp og mestring. Min viser at humor brukes mye i selvhjelpsgrupper, men på hvilken måte? Det hadde vært interessant å intervjue deltakere om hva denne humoren går ut på. Dette får bli mitt neste prosjekt.

Ønsker å takke mine veiledere Heidi Jerpseth og Pål Joranger for deres hjelp og innspill. Ønsker også takke Nora Gotaas og NIBR for en uunnværlig kontorplass og tilgangen til kloke hoder. Ønsker også å takke datteren min Maya for hennes tålmodighet og forståelse for en hektisk og opptatt mamma.

Vennlig hilsen,

Sara Anne Warhuus

Innhold

Forord/forforståelse 1
1.0 Introduksjon 3
1.1 Bakgrunn for valg av tema 3
1.2 Problemstilling 4
1.3 Oppgavens oppbygging 4
2.0 Metode 5
Tabell 1: PICO- skjema for refleksjonsnotat 5
Tabell 2: Litteratursøk 6
2.1 Litteraturvalg 7
Tabell 3: Litteraturgjennomgang 8
3.0 Bakgrunn og teori 10
3.1 Selvhjelpsgrupper i Norge 10
3.2 Om rusmisbruk 11
3.2.1 Rusrelaterte grupper 11
3.3 Om psykiske lidelser 12
3.3.1 Selvhjelpsgrupper innenfor psykisk helse 12
3.4 Stress og mestring 13
3.5 Sense of Coherence 14
3.6 Sosial støtte 15
3.7 Erfaringsbasert kunnskap 15
3.8 Humor og helse 17
4.0 Diskusjon 18
4.1 Sosial støtte 18
4.2 Mestring 19
4.3 Homogene eller heterogene grupper? 22
4.4 Selvhjelpsgrupper og Empowerment 23
5.0 Konklusjon 24
Litteraturliste 25
Vedlegg 1: Oversikt over oversettelsen fra amerikansk til norsk 28
Vedlegg 2: De tolv trinn 30
Vedlegg 3: Klausulering 31
Vedlegg 4: Litteratursøk 32
Vedlegg 5: Godkjenning av sammendrag 33

1.0 Introduksjon

I Folkehelsemeldingen «Mestring og muligheter» (2015) gir myndighetene psykisk helse økt fokus. Målet er å bidra til å gi enkeltindivider muligheter og forutsetninger til å oppleve mestring av eget liv. Mestring kan gi positive ringvirkninger for menneskers helse. Folkehelsearbeidet skal rettes mot å fremme livskvalitet og trivsel, samt å redusere sykdomsrisiko, funksjonsnedsettelse, psykiske og sosiale problemer.

I min masteroppgave benyttet jeg kvantitativ metode i form av en tverrsnittstudie. Hensikten var å kartlegge og få en dypere forståelse den sosial støtten i selvhjelpsgrupper. Funnene ble presentert i form av en vitenskapelig artikkel. Selvhjelpsgrupper er små, frivillige gruppestrukturer rettet mot et spesifikt problem eller en tilstand. Gjennom gjensidig hjelp søker gruppemedlemmene å oppnå ønsket sosial eller personlig endring (Katz & Bender, 1976). Funn fra studien viser at deltakerne i selvhjelpsgrupper deler egne og lytter til andres følelser, opplevelser/erfaringer og meninger. Bruk av humor forekommer hyppig både fra deltakerne selv og fra de andre gruppemedlemmene. Gruppemedlemmene har sosial kontakt utenom møtene, som viser seg å forekomme hyppigere i rusrelaterte grupper, enn i grupper relatert til psykisk helse. Deltakerne angir at selvhjelpsgruppen har vært viktig for deres bedringsprosess, og at de totalt sett er fornøyde med gruppene. I refleksjonsoppgaven vil jeg forsøke å analysere sammenhengen mellom selvhjelpsgrupper, sosial støtte og mestring.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 1986 avholdt WHO den første helsefremmende konferansen i Ottawa, Canada, hvor de produserte «The Ottawa Charter for Health Promotion». WHO (1998) definerer helsefremmende arbeid som en prosess som gjør mennesker i stand til å øke kontrollen over og forbedre egen helse. Innen helsefremmende arbeid blir Empowerment definert som en prosess hvor individene får mer kontroll over de handlingene og beslutningene som angår helsen deres. Et samfunn hvor både organisasjoner og individer kommer sammen og benytter egne ressurser og evner i møte med helsebehov- og prioriteringer. Deltagelsen vil kunne bidra til sosial støtte og økt innflytelse (World Health Organization, 1998).

Selvhjelpsgrupper kan nærmest anses som Empowerment i praksis. Gjennom å gå i grupper, tar deltakerne makten i egne hender, og forsøker å håndtere og løse sine problemer. Selvhjelpsfeltet er et felt som interesserer meg, som jeg har troen på, og som jeg dermed har

lyst til å lære mer om. Deltakelse i selvhjelpsgrupper er frivillig og på brukerens premisser. Det kan anses som brukermedvirkning; «Brukermedvirkning har en egenverdi i at mennesker som tilbys eller selv søker hjelp, vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert. Dette vil kunne bidra positivt i den enkeltes bedringsprosess» (Kärki & Helsedirektoratet, 2016, s. 59).

I denne refleksjonsoppgaven ønsker jeg å se nærmere på det omkringliggende teoretiske rammeverket rundt valgte tema, som altså var sosial støtte i selvhjelpsgrupper. En sentral teoretiker innenfor helsefremmende arbeid er Antonovsky (1996), som blant annet har skrevet om Sence of Coherence (SOC). Jeg ønsker å presentere denne teorien nærmere, og drøfte den opp mot enkelte funn fra min studie. Jeg ønsker samtidig å lære mer om teori innenfor mestring, hvor sentrale teoretikere blant annet er Lazarus og Folkmann (1984). I oppgaven tar jeg primært for meg selvhjelpsgrupper innenfor rus og psykisk helse da det er disse gruppene som i hovedsak besvarte min spørreundersøkelse.

1.2 Problemstilling

Refleksjoner omkring mestring og sosial støtte i selvhjelpsgrupper.

1.3 Oppgavens oppbygging

I metodekapitlet vil jeg i første omgang å redegjøre for metoden i refleksjonsoppgaven, som er litteraturstudie. Videre vil jeg beskrive noe av forekomsten og organiseringen av selvhjelpsgrupper i Norge. Deretter presenterer jeg de to ovennevnte teoretikerne og deres teori for så å drøfte disse teoriene opp mot forskningslitteratur på feltet og innslag av funn fra min studie.

2.0 Metode

I denne refleksjonsoppgaven vil jeg først og fremst benytte meg av litteratur som tar for seg kvalitative studier etter som det vil være best egnet for å belyse valgt problemstilling. Menneskelig handling kan sies å ha en meningsdimensjon, som ikke nødvendigvis fanges opp innen kvantitativ metode. For å få innblikk i menneskers handling, må forskeren snakke med menneskene som handler og tolke det som skjer, og da gjennom å benytte kvalitative metoder som for eksempel forskningsintervju (Johannessen,Christoffersen & Tufte, 2010). Denne fortolkningen og forståelsen av fenomener faller inn under den filosofiske tradisjonen hermeneutikk. I den hermeneutiske sirkel foregår det en vekselvirkning mellom det man skal tolke, kontekst og vår egen forforståelse. Opprinnelig fokuserte hermeneutikken på tekstforståelse, men etter hvert innebefatter den også resultater eller produkter av menneskelige aktiviteter, normer og regler, kulturelle forhold, verdier og forestillinger (Thornquist, 2003). Metoden i denne refleksjonsoppgaven er litteraturstudie og kan dermed sies befinne seg innenfor den hermeneutiske tradisjonen av tekstforståelse. En litteraturstudie innebærer at man benytter seg av eksisterende forskning og litteratur rundt valgt problemstilling (Aveyard, 2010). Enkelte funn fra min studie vil også innlemmes for å belyse momenter.

Tabell 1: PICO- skjema for refleksjonsnotat

Patient	**I**ntervention	**C**omparison	**O**utcome
Deltakere i selvhjelpsgrupper	*Selvhjelpsgrupper* (Self-help groups, twelve-step programs)	*No comparison*	*Sosial støtte* (social support) *Mestring* (coping)

Strukturerte litteratursøk har blitt gjort i flere omganger i PsycINFO, Web of Science og Oria. Med hjelp av veiledning fra bibliotekar ble det gjort et litteratursøk i PsycINFO med søkerordene «self-help groups, support groups, peer support, mental health, drug abuse, twelve step programs, empowerment og self-determination». Søket genererte 73 treff (se vedlegg 3). I tillegg til å se på litteraturlistene på relevantene artikler, har jeg også brukt ressurssiden til Selvhjelp Norge over aktuelle artikler innenfor fagfeltet. Har også gjort søk med ordene «self-help groups, coping og social support» (se tabell 2).

Tabell 2: Litteratursøk

Database	PsycINFO		Antall treff	Antall relevant
PsycINFO 24/04/18	1	exp Twelve Step Programs/ or self-help groups.mp.	3196	###
	2	exp Social Support/	32894	###
	3	exp "STRESS AND COPING MEASURES"/ or exp COPING BEHAVIOR/ or coping.mp.	81160	###
	4	1 and 2 and 3	30	10
	Web of Science		Antall treff	Antall relevante
Web of Science 24/04/18	1	Self-help groups	3946	###
	2	Coping	113077	###
	3	Social support	169471	###
	4	1 and 2 and 3	93	13

Valget av litteratur for denne oppgaven kan sies å være variert. Noe av litteraturen og informasjonen er hentet fra selvhjelpsgruppenes hjemmeside, noe er hentet fra rapporter og bøker som er skrevet om SHG, offentlige høringer og nasjonale planer, fagfellvurderte tidsskrifter og litteraturlistene til relevante artikler, i tillegg til pensumlitteratur og Selvhjelps Norges ressursside for fagstoff. Mye av litteraturen i de fagfellevurderte tidsskriftene handler enten om rus eller psykisk helse og materialet har primært kvalitative metoder, men også kvantitative.

Jeg forsøker i størst mulig grad å benytte meg av forskningslitteratur om selvhjelpsgrupper som er foretatt i Skandinavia, og da primært Norge. Dette fordi datainnsamlingen tross alt har forekommet her, og man kan anta at den dermed har størst overføringsverdi, i tillegg er landene trolig nærmere kulturelt sett. «En undersøkelses overførbarhet dreier seg om hvorvidt det lykkes en å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som er nyttige på andre områder enn det som studeres» (Johannesen et al, 2010, s.231). På den annen side er mye av forskningen på SHG foretatt i USA og Storbritannia (Moos, 2008), og det blir derfor naturlig å komplementere med en del av denne forskningen. Noe av den valgte litteraturen er av eldre dato, men jeg oppfatter den likevel som aktuell da den direkte omhandler tema og

forfatterne referer til hverandre. I tillegg referer ofte nyere litteratur og forskning til de samme kildene, som kan tolkes som et tegn på at kildene fremdeles er relevante.

I følge Johannessen et al. (2010) møter alle mennesker verden med kunnskap og oppfatninger som de ofte ubevisst bruker til å tolke og forklare det som skjer rundt seg, såkalt forforståelse. Vi trenger forforståelsen for å forstå virkeligheten. Forståelseshorisonten preger hva forskeren observerer og hvordan observasjonene tolkes. Forskeren samler kunnskap og forskning om som skal undersøkes. Forhåndsoppfatningene våre er med på å prege måten vi angriper stoffet og hvordan vi tolker det. Det er viktig å være bevisst rundt at man er en utvelgende aktør (Johannessen et al., 2010). Forut for denne refleksjonsoppgaven har jeg gjort en tverrsnittsundersøkelse om selvhjelpsgrupper hvor mye av fokuset lå på undersøke hvordan deltakerne i selvhjelpsgrupper kan oppleve sosial støtte. Både under prosjekteringsfasen og gjennom hele prosessen har jeg lest og søkt grundig i litteraturen. Likevel opplever man til stadighet at man kommer over forskning og artikler som man gjerne skulle ha sett langt tidligere. Det er umulig å ha full oversikt over et fenomen (Johannessen et al., 2010).

2.1 Litteraturvalg

Her gis en kort presentasjon av deler av litteraturvalget. Litteraturen er valgt på bakgrunn av at den nokså konkret omhandler temaene sosial støtte, mestring og selvhjelpsgrupper enten helt eller delvis. I tillegg til teori. En del artikler ble ekskludert fordi de omhandlet nettbaserte grupper, og en del var for sykdomsspesifikke. Enkelte referanser som virket interessante var rett og slett utilgjengelig fordi de var kapitler i bøker jeg ikke fikk fremskaffet.

Tabell 3: Litteraturgjennomgang

Forfattere	Tittel	Metode og database	Hovedfunn/konklusjon
Antonovsky (1996) **(Peer-reviewed)**	The salutogenic model as a theory to guide health promotion.	Kvalitativ Oria	Her drøftes salutogenese, helsefremmende arbeid og sense of coherence.
Borkmann (1999) **(Bok)**	Understanding self-help/mutual aid: experiential learning in the commons	Kvalitativ Selvhjelp Norges ressursside for faglitteratur	Forfatteren har studert SHG siden 1970-tallet og refereres til av mange. Hun skriver både om historikk og det å følge to SHG over tid. Erfaringsbasert kunnskap og gjensidig støtte er to sentrale komponenter i SHG. SHG kan fungere som et supplement eller alternativ til støtte fra venner og familie.
Fjeldstad (2017) **(Masteroppgave i psykisk helsearbeid)**	«Vi deler erfaringer når det skjer» En kvalitativ studie om helsefremmende fellesskap i selvorganiserte selvhjelpsgrupper	Kvalitativ Selvhjelp Norges ressursside for faglitteratur	SHG var en forutsigbar og meningsfull aktivitet hvor deltakerne opplevde stor grad av tilhørighet og sosial støtte. Erfaringsutvekslingen og den gjensidige tilliten bidro til å styrke deltakernes mestringsressurser som igjen motiverte til helsefremmende handlingsvalg. Fagfolks innsats hadde vært avgjørende for at SHG kom i stand.
Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis og Gruen (1986) **(Peer-reviewed)**	Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes.	Kvantitativ Oria	Her presenteres blant annet de 8 mestringsstrategiene som presenteres under kapittel 3.4 og som drøftes senere i oppgaven.
Hedlund og Landstad (2011) **(Rapport/ arbeidsnotat)**	Forskning på selvhjelp og selvhjelpsgrupper. Helsepolitikk, empowerment og positiv helse.	Kvalitativ Selvhjelp Norges ressursside for faglitteratur	Selvhjelpsarbeidet kan bidra til å endre innstilling til å mestre sykdom eller funksjons-nedsettelse. Selvhjelpsarbeid og deltakelse i selvhjelpsgrupper bidrar til endring, empowerment og positiv helse når deltakerne opplever samspill og dynamikk i gruppen. Det gir dem mulighet for å endre egne tankemønster og få nye handlingsalternativ.
Hildingh, Fridlund og Segesten (1994) **(peer-reviewed)**	Social support in self-help groups, as experienced by persons having coronary heart-disease and their next of kin	Kvalitativ Web of science og PsycINFO	Sosial støtte kommer til uttrykk gjennom erfaringsdeling mellom trygge likepersoner. Gjensidige følelser av omsorg og tilhørighet styrker tryggheten. Den sosiale støtten i gruppen styrker velværet, mestringsevnen og bidrar til håp for fremtiden.
Hjemdal, Nilsen og Seim (1998) **(Bok)**	Selvhjelp: Kunsten å løfte seg etter håret.	Kvalitativ og kvantitativ Selvhjelp Norges ressursside for faglitteratur	Denne boken gir en historisk gjennomgang av utviklingen på selvhjelpsfeltet i Norge. I tillegg har forfatterne kartlagt SHG i Norge fra 1992-94. Den beskriver også innholdet i SHG, og drøfter politiske og samfunnsmessige aspekter. Sosial støtte og mestring omtales.
Humphreys, Finney og Moos (1994) **(peer-reviewed)**	Applying a stress and coping framework to research on mutual help organizations	Kvantitativ Web of Science og PsycINFO	Personer med mer unnvikende mestringsstrategier og som hadde færre ressurser fra jobb og partner, ble mer intenst involvert i AA. Deltakelse i AA kan påvirke

			medlemmets mestringsstrategier og kan bidra til flere ressurser på vennskapsfronten
Kelly, Magill and Stout (2009) **(peer-reviewed)**	How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behaviour change in Alcoholics Anonymous	Kvalitativ Web of science	AA bidrar til bedringsprosessen gjennom økt mestringstro, mestringsstrategier, tilpasning av sosialt nettverk og motivasjon. Noe av hovedstyrken ligger i at AA tilbyr gratis, langsiktig, lett tilgjengelig tilgang til terapeutiske elementer som kan tilpasses den enkeltes behov.
Kurtz og Powell (1987) **(peer-reviewed)**	Three approaches to understanding self-help groups	Annen forfatters litteraturliste	SHG kan gi utvidet sosialt nettverk, mulighet for sosial læring og kognitive prosesser. Kan fungere som et supplement eller alternativ til eksisterende sosialt nettverk. Lister opp seks punkter som profesjonelle behandlere kan vurdere at SHG kan bidra overfor deres klienter som presenteres i kap 3.7.
Kvamme og Nilsen (2011) **(rapport)**	Hjelper selvhjelp? En prosessevaluering av prosjektet " Selvhjelp og individuell plan i psykisk helsefremmende Arbeid"	Kvalitativ Selvhjelp Norges ressursside for faglitteratur	SHG kan bidra indirekte til å styrke brukermedvirkning i arbeidet med individuell plan. Homogenitet var viktig for gruppen. Deltakerne har positive erfaringer fra gruppene, fellesskapsfølelse, tilhørighet opplever å føle seg styrket ved å delta i SHG. Et «pusterom i hverdagen».
Laudet, Magura, Vogel og Knight (2000) **(peer-reviewed)**	Support, mutual aid and recovery from dual diagnosis	Kvantitativ Web of science	Mennesker med høyere grad av sosial støtte og som deltok mer i SHG for mennesker med både rus og psykisk helse (R.O.P), rapporterte mindre rusmisbruk og lavere grad av mentalt stress. Deltakerne av SHG opplever å ha høyere grad av støtte. R.O.P grupper spiller en viktig rolle.
Munn-Giddings and McVicar (2007) **(peer-reviewed)**	Self-help groups as mutual support: What do carers value?	Kvalitativ Web of science	Gruppemedlemmer rapporterer personlig utbytte i form av empati, emosjonell informasjon, erfaringsbasert kunnskap, praktisk informasjon. Gjensidig støtte fra likepersoner, som skiller seg fra profesjonell-klient forholdet.
Trojan (1989) **(peer-reviewed)**	Benefits of self-help groups: A survey of 232 members from 65 disease-related groups.	Kvantitativ PsycINFO	SHG kan ha en frigjørende effekt; gjorde det lettere for medlemmene å leve med sykdom, mindre passivitet, bidro til kunnskap, alternative sosiale relasjoner, et alternativ til å forholde seg til profesjonelle behandlere og byråkrati. Men, SHG kan ikke erstatte profesjonell behandling.

3.0 Bakgrunn og teori

I dette kapitlet vil jeg gi en nærmere beskrivelse av selvhjelpsfeltet i Norge og noe av innholdet i gruppene. Jeg kommer primært til å fokusere på rusrelaterte- og grupper innenfor psykisk helse, da det hovedsakelig var disse som svarte på min spørreundersøkelse. Bakgrunnen og innholdet er sentrale i forståelsen av selvhjelpsgrupper og danner et grunnlag i drøftingen. Deretter vil jeg gå nærmere inn på teorien skissert innledningsvis.

3.1 Selvhjelpsgrupper i Norge

I Nasjonal plan for selvhjelp (2014) setter man et skille mellom veiledet/assistert selvhjelp og selvorganisert selvhjelp. Den veiledede formen er gjerne organisert og fulgt opp av helsepersonell, mens den selvorganiserte formen tar utgangspunkt i at mennesker på egenhånd skal søke å gjøre noe med et problem de sliter med. Den sosiale støtten og medvirkningen i gruppene kan bidra til menneskers evne til å takle livsbelastninger i tillegg til helse og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2014).

Store aktører innenfor selvhjelp i Norge er Anonyme Alkoholikere, Angstringen, Selvhjelp Norge og nettverkssamarbeidet Sorg og Omsorg (Feiring, 2014). I 1994 ble det beregnet at om lag 25.000 mennesker i Norge gikk i selvhjelpsgrupper (Hjemdal,Nilsen & Seim, 1998). En tilsvarende kartlegging av *hele* selvhjelpsfeltet har ikke vært gjennomført siden. I 2009 ble det kartlagt at det var 499 selvhjelpsgrupper innenfor rusfeltet, hvor av de største gruppene er Anonyme Alkoholikere og Anonyme Narkomane (Norsk Selvhjelpsforum, 2009). SHG gir tilbud på nesten alle livets områder. Det vesentlige kjennetegnet som forener gruppene er mennesker med felles behov eller samme problemer som står sammen for å hjelpe seg selv og hverandre i et interessefellesskap (Thyness, 2006). SHG kan være et supplement eller alternativ behandling/offentlig helsevesen. I følge Thuen og Carlsen (1998) kan SHG fremvekst ha sammenheng med at det er et behov det offentlige helseapparatet ikke dekker, og at det reflekterer mangler og svakheter. Det kan også være at mennesker ønsker å skjule problemene sine fra det offentlige hjelpeapparatet.

I følge Thyness (2006) er møtene en avgjørende faktor i SHG. Alle gruppene er ulike og opptrer forskjellig avhengig av blant annet rekruttering og sammensetning av deltakerne, kommunikasjonsform, regler, formål, organisering, det fysiske miljøet og møtelokalet. Disse faktorene påvirker hvor godt SHG løser sine oppgaver og møter deltakernes behov. Noen

grupper velger å ha en stram møtestruktur, andre ikke. Gruppene trenger ressurser for å komme i gang og for å overleve. Møtelokaler, kaffe/te, eventuelt kontorutstyr. Tilskudd av offentlige eller private midler eller gaver kan være nødvendig for å få dette til å fungere. AA har for eksempel ofte sine møter i menighetshus, som ikke forbundet med noen kostnad. I følge (Hjemdal et al., 1998) er det fire sentrale elementer som går igjen i alle former for selvhjelpsvirksomhet:

- Felles problemer eller behov som utgangspunkt
- Gjensidighet (mellom deltakerne)
- Autonomi
- Erfaringsbasert kunnskap

3.2 Om rusmisbruk

I følge Mæland (2010) kan rus- og alkoholforbruk skape psykiske lidelser og sosiale problemer. Ikke bare blant de som selv drikker, men også i nær familie. Det forekommer om lag 60.000 rusrelaterte skader i Norge hvert år. Hver fjerde pasient som legges inn på sykehus etter ulykker har forhøyet promille. Halvparten av selvmordsforsøkene, 2/3 drap, 1/3 av drukningsulykker skjer under alkoholpåvirkning. Barn som vokser opp i alkoholiserte hjem kan få atferds- og psykiske problemer senere i livet (Mæland, 2010).

3.2.1 Rusrelaterte grupper

Anonyme alkoholikere (AA) ble opprettet i USA i 1935, mens i Norge ble det startet i 1947 (Anonyme Alkoholikere, 2018). Anonyme Narkomane (NA) ble opprettet i USA i 1953, og i Norge ble det startet i 1983 (Anonyme Narkomane, 2018). Begge organisasjonene er selvstyrte og egenfinansierte uten offentlige midler. Anonyme Alkoholikere (AA) fører ikke medlemsregistre, men AA`s Servicekontor regner med at det er om lag 175 AA-grupper i Norge. Det foregår om lag 200 møter per uke i Norge (AA Intergroup, 2018). I Anonyme Narkomane (NA) opereres det heller ikke med noe medlemsregister. NA har over 130 ukentlige møter i Norge (NA Norge, 2018).

Det eneste kravet for medlemskap er et ønske om å bli rusfri. Det koster ingenting å delta, men man har mulighet til å gi en donasjon. De har åpne møter, der alle kan delta, og lukkede møter, der man er tilknyttet en fast gruppe. De har også en fadderordning som er likepersonbasert. (AA, 2018). 12-trinnsprogrammet blir i økende grad integrert inn det

profesjonell behandling, og det anbefales at personer fortsetter å gå i AA og NA etter behandling av rusavhengighet (Kristensen & Vederhus, 2005).

AA og NA jobber detter 12-trinns modellen (se vedlegg 2).

> De 12 trinnene kan beskrives som en erfaringsbasert endringsstrategi, og består i å innrømme rusproblemet, søke hjelp hos noe/noen utenfor seg selv, foreta en selvransakelse, gjøre opp for seg der man ser at man har påført andre skade, og forsøke å hjelpe andre rusavhengige som fortsatt sliter med rusproblemer. De inneholder altså både kognitive og atferdsmessige endringsforslag og er ment å praktiseres som en måte å leve livet på for å klare å holde seg rusfri (Vederhus,Hjerkinn & Kristensen, 2011, s. 1204).

NA har tilpasset trinnene, slik at det ikke bare gjelder alkohol. På tross av at Gud står nevnt i de tolv trinn er ikke AA og NA tilknyttet noen spesiell retning eller noe trossamfunn. Det er opp til det enkelte medlemmet å finne sin personlige forståelse av begrepet høyere makt (Vederhus et al., 2008). Anonymiteten er vesentlig i AA og NA:

> På det personlige plan sikrer anonymiteten medlemmenes privatliv og gir en beskyttelse som ofte er av største betydning for nykommere. Vår erfaring viser at nykommere ville nøle med å søke hjelp i AA hvis de hadde noen grunn til å tro at deres alkoholisme skulle bli kjent offentlig (Anonyme Alkoholikere, 2018)

3.3 Om psykiske lidelser

Psykiske lidelser kan være både lette, forbigående problemer, men det kan også være vedvarende og invalidiserende sykdomstilstander. Befolkningsundersøkelser i Norge har vist at om lag «en tredjedel av alle voksne vil tilfredsstille de diagnostiske kriteriene for minst én psykisk lidelse i løpet av ett år, mens omtrent halvparten vil rammes en eller flere ganger i løpet av livet» (Mæland, 2010, s. 166). Mange av disse belastningene mestres gjennom støtte fra omgivelsene og egne ressurser. Balansen mellom belastninger, sosial støtte og personlige ressurser kan avgjøre om den psykiske lidelsen utvikler seg til en vedvarende lidelse (Mæland, 2010).

3.3.1 Selvhjelpsgrupper innenfor psykisk helse

Angstringen har eksistert siden 1986 og får midler av Helsedirektoratet. Stiftelsen Angstringen Norge ble etablert i 1995. I tillegg til å organisere selvhjelpsgrupper bedriver de informasjonsarbeid og kunnskapsformidling. Organisasjonen har flere lokallag rundt omkring i landet. Angstringen angir at 7000 mennesker har hjulpet seg gjennom å gå i deres selvhjelpsgrupper siden 1986. De har lukkede grupper med 5-9 personer som hjelpes i gang av en ellet to igangsettere som også har personlig erfaring med angst. Tilbudet er altså

likepersonstyrt uten innslag av profesjonelle. Taushetsplikt og oppmøteplikt står sentralt. Man kan gå i gruppe så lenge man vil og det er ikke forbundet med noen kostnad, dog det kan være noe ventetid i den forstand at det må være nok personer som melder seg på grupper til at de får startet en gruppe. De skriver på sine hjemmesider at 8 av 10 blir bedre av å gå i grupper (Angstringen, 2018). I Angstringen har man altså kun faste grupper, mens de rusrelaterte gruppene tilbyr begge deler.

Selvhjelp Norge ble etablert i 2006 og drives av Stiftelsen Norsk Selvhjelpsforum. De er finansiert over statsbudsjettet og drives på oppdrag av Helsedirektoratet. De arbeider med å nå målene i Nasjonal Plan for Selvhjelp 2014-2018. De har både hoved- og distriktskontor, og driver med kunnskaps- og informasjonsformidling om selvhjelp (www.selvhjelp.no).

Norsk Selvhjelpsforum drifter også LINK Oslo, som er finansiert av Oslo Kommune, samt LINK Trondheim som drives i samarbeid med Røde Kors og Trondheim Kommune. Begge LINK-kontorene arrangerer egne og fungerer som en møteplass for andre selvhjelpsgrupper. Blant annet kan AA-grupper benytte deres lokaler. LINKs modell for selvhjelpsgrupper skiller seg ut fra de øvrige gruppene jeg har omtalt i den forstand at de opererer med heterogene grupper. Det vil si at gruppene består av mennesker med ulike problemer (www.linkoslo.no). LINK Oslo skulle i utgangspunktet delta i min spørreundersøkelse, men valgte i november å trekke seg på bakgrunn av at de ikke var enige med spørsmålsstillingen. Selvhjelp Norge avslo å dele spørreundersøkelsen av samme grunn. LINK Trondheim valgte å dele spørreundersøkelsen.

3.4 Stress og mestring

Stress kan oppstå når det er en ubalanse mellom individets opplevde ressurser (biologiske, sosiale, psykiske) og omgivelsenes forventninger (Lazarus & Folkman, 1984). Over tid kan stressbelastning få konsekvenser for både fysisk og psykisk helse, som igjen kan føre til at individet fungerer dårligere i dagliglivet, og i verste fall isolasjon og uførhet (Helsedirektoratet, 2015). Mestring (engelsk: coping) defineres av Lazarus og Folkmann (1984) som personens mentale og atferdsmessige håndtering av indre og ytre krav. Mestringsreaksjoner deles inn i problemløsende og følelsesfokuserte mestringsmåter (Dalgard et al., 1995). Den problemløsende mestringen retter seg mot konstruktive handlinger for å håndtere situasjonen en befinner seg i, mens den følelsesfokuserte mestringen omhandler evnen til å regulere hendelsens følelsesmessige konsekvenser.

I en longitudinell studie utviklet Folkmann et al (1986) åtte mestringskategorier:

- Konfrontering
- Distansering
- Selvkontroll
- Oppsøke sosial støtte
- Aksept av ansvar
- Unnvikelse- eskapisme
- Planorientert problemløsing
- Positiv revurdering

Planlagt problemløsing, oppsøke sosial støtte og konfrontering er i hovedkategorien problemløsende, mens de øvrige kommer inn under følelsesfokuserte mestringsstrategier. Ofte veksler man mellom problemløsende og følelsesfokuserte mestringsmåter (Folkman et al., 1986).

3.5 Sense of Coherence

Antonovsky (1996) beskrev den helsefremmende tilnærmingen salutogenese som fokuserer på ressurser hos mennesker og omgivelser som bidrar til helse. Retningen er en motvekt til patogenese som vektlegger risikofaktorer og årsaker til sykdom. Fremfor å se på mennesker som friske eller syke, så han på helsen som et kontinuum hvor man beveger seg i en akse mellom uhelse/sykdom (dis-ease) og helse (ease). Evnen til å forstå situasjonen og evnen til å benytte seg av tilgjengelige ressurser kalte han for Sense of Coherence (SOC), som er en modell for mestring. Den norske oversettelsen av SOC er «opplevelse av sammenheng» (OAS) (Antonovsky & Sjøbu, 2012). SOC har tre dimensjoner; forståelse (comprehensibility), håndterbarhet (manageability) og mening (meaningsfullness). Styrken i en persons SOC betinges av 3 typer livserfaringer: koherens/sammenheng (consistency), balanse (overload/underload) og deltakelse i sentrale beslutningsprosesser. En sentral hypotese er at jo høyere individet eller gruppen befinner seg i SOC- kontinuumet, jo mer rustet vil de være til å mestre psykososialt stress enten fra indre eller ytre miljø. En persons SOC er formet og på sted og hvil i tidlig voksen alder, men modifikasjoner kan forekomme i løpet av livet. (Antonovsky, 1987). Antonovsky (1996) beskrev også generelle motstandsressurser (GMR).

Eksempler på GMR er intelligens, selvsikkerhet, sosial støtte, kulturell kapital og penger. Mennesker med disse ressursene for hånd vil ifølge Antonovsky bedre kunne håndtere utfordringer i livet. I følge Langeland (2009) stimulerer høyere SOC til høyere sosial deltakelse. Sosial støtte, særlig evnen til å gi omsorg og oppleve sosial integrasjon, kan bidra til en gunstig utvikling av SOC. Personen mottar i tillegg sosial støtte ved å gi sosial støtte (Langeland, 2009).

3.6 Sosial støtte

I følge Dalgard et al. (1995) fikk sosial støtte status som et sentralt forskningsbegrep på 1970-tallet. Begrepet kan ikke knyttes til en spesifikk fagdisiplin og integreres i ulike teorier og forskningstradisjoner. Det dokumenteres en sammenheng mellom sosial støtte og helse; redusert dødelighet og en forebyggende effekt på somatisk sykdom og psykiske lidelser. Sosial støtte innebærer at man får hjelp av andre mennesker for å komme aktuelle behov i møte. Denne støtten har både strukturelle egenskaper (antall personer, hyppighet, gjensidighet, type relasjon) og funksjonelle egenskaper (innhold, tilgjengelighet, hvem som gir støtten). Støtten kan være emosjonell (følelsesmessig), kognitiv (informasjon), praktisk eller støtten kan være gjennom sosial kontakt og samvær. Støttens tilgjengelighet kan variere. Det kan være en positiv eller negativ forskjell mellom forventninger til støtte og mottatt støtte. Fravær av støtte kan i seg selv være en stressfaktor (Dalgard et al., 1995). «God sosial støtte innebærer at en får kjærlighet og omsorg, blir aktet og verdsatt, og at en tilhører et sosialt nettverk og et fellesskap med gjensidige forpliktelser» (Hånes, 2014).

3.7 Erfaringsbasert kunnskap

I følge Borkman (1999), som har forsket på SHG siden 1970-tallet, kan SHG bidra til at deltakerne går fra å være et «offer» til å være en hjelper. Det kan bidra til å redusere stigma hos mennesker med sosiale og helsemessige utfordringer. «Du alene kan gjøre det men du kan ikke gjøre det alene» (Borkman, 1999, s. 195) er en frase som beskriver noe av gjensidigheten som oppstår i SHG. Gjensidigheten går både på følelser/emosjoner, sosialt og materielt. Det kan være medlemmer av en SHG som lytter til hverandre og tilbyr følelsesmessig støtte. Man yter hjelp til andre, og man mottar hjelp fra andre. Deltakerne kan oppleve empati og forbindelser overfor gruppemedlemmer fordi de har egen, primær erfaring med problemet. Denne erfaringsbaserte kunnskapen er umulig for en utenforstående person å fatte den fulle og

hele meningen og sammenhengen av. Hovedsakelig fordi den utenforstående ikke har erfart det selv (Borkman, 1999). SHG kan også være et supplement eller et alternativ til sosial støtte fra venner og familie (Borkman, 1999). SHG gjør det mulig at mennesker fra ulike sosiale miljøer kommer sammen og deler et felles problem, og det kan foregå anonymt. SHG kan fungere som et supplement til eksisterende nettverk. Det er særlig den erfaringsbaserte kunnskapen og empatien man får i SHG, som man ikke nødvendigvis får fra venner og familie (Borkman, 1999).

Kurtz og Powell (1987) har tre tilnærminger til forståelsen av mekanismene i SHG; utvidet sosialt nettverk, mulighet for sosial læring og kognitive prosesser. I følge Kurtz og Powell (1987) kan det være at det nettverk av sosiale relasjoner en person har, ikke er i stand til å imøtekomme personens problemer eller krisesituasjon han eller hun befinner seg i. Da kan SHG fungere som ett supplement eller en erstatning for det sosiale nettverket. Kontakten i gruppen kan gi positiv forsterkning og de andre medlemmene kan fungere som modeller for læring. Kognitivt sett kan det å gå i SHG bidra til å redusere skam og stigma rundt avhengighet, erfaringer og begrensninger. Avhengighet av andre blir til gjensidig avhengighet (interdependency). Svakhet kan bli en styrke og selvoppfattelsen kan slutte å være formet av en illusjon om det perfekte (Kurtz & Powell, 1987). Kurtz og Powell (1987) lister opp seks punkter som profesjonelle behandlere kan vurdere at SHG kan bidra overfor deres klienter:

1. For de som har et lite eller mangelfullt nettverk kan SHG bidra til dannelse av nye vennskap i et miljø som er preget av aksept.
2. For en som er veldig avhengig av offentlig helsevesen eller nær familie kan SHG fungere som en slags buffer; nye forhold, flere å dele problemene med, på sikt bidra til å hjelpe andre- gjensidig avhengighet.
3. SHG kan gi strukturert informasjon og verktøy/guide for atferd dersom personen har behov for dette.
4. SHG kan være en arena for å tilegne seg sosiale ferdigheter for mennesker med tvang, problemer med impulskontroll eller dårlig utviklede sosiale ferdigheter.
5. For mennesker med dårlig selv-bilde eller for de som har en tendens til å være negativt fokusert, kan SHG bidra til å gradvis endre oppfatningen.
6. Et felles språk kan sørge for at gruppemedlemmene forstår hverandre og kan bidra til å redusere følelsen av engstelse og hjelpeløshet.

3.8 Humor og helse

McCreaddie og Wiggins (2008) har sett nærmere på humor-helse-hypotesen i en oversiktsartikkel. Hypotesen går ut på at det er en positiv sammenheng mellom humor og helse. Den direkte humor-helsehypotesen går blant annet ut på at enkelte hevder at humorintervensjoner kan ha en positiv effekt på en persons smerteterskel, samt en positiv effekt på kardiovaskulære lidelser, blant annet i form av blodtrykkssenkning. Den indirekte humor-hypotesen dreier seg om at humor kan bidra til å redusere stress og forsterke sosiale ferdigheter og støtte. På den annen side kan selvutslettende eller selvnedsettende humorbruk bidra til å øke følelsen av ensomhet. Sykepleiere kan benytte humor for å fremme kommunikasjonen med pasienten og for å unngå konflikter (McCreaddie & Wiggins, 2008).

4.0 Diskusjon

Forskning har vist at gruppesammenheng, håp, universalitet, å gi og motta støtte, kunnskap og informasjon, tilhørighet, innsikt og personlig utvikling og det å lære metoder for mestring er noen av mekanismene eller utbyttene som rapporteres fra SHG (Adamsen & Rasmussen, 2001; Borkman, 1999; Fjeldstad, 2017; Hedlund & Landstad, 2011; Hildingh,Fridlund & Segesten, 1995; Kelly,Magill & Stout, 2009; Kurtz, 2004; Kvamme & Nilsen, 2011).

4.1 Sosial støtte

I følge (Hjemdal et al., 1998) var selvhjelp i tradisjonelle samfunn basert på gjensidig hjelp og støtte mellom slektninger, kollegaer og naboer, altså sosiale nettverk. Mens selvhjelp i dag i tillegg innebærer at man kan oppsøke et fellesskap i SHG og forsøke å løse problemer blant mennesker man ikke kjenner fra tidligere. Som tidligere beskrevet kan det å gå i SHG bidra til opplevelsen av sosial støtte (Borkman, 1999; Fjeldstad, 2017; Hildingh et al., 1995; Laudet et al., 2004). Sosial støtte er ifølge Antonovsky (1996) en generell motstandsressurs som gjør at en bedre vil kunne håndtere utfordringer i livet. Den sosiale støtten i SHG kan forekomme både i gruppen og ved at man har sosial kontakt utenom møter. Å få bekreftelse om at andre bryr seg, å få trøst og oppmuntring eller å ha noen å dele sorger med kan være avgjørende for en persons evne til å mestre motgang og tap. Psykiske plager forekommer oftere hos personer med et svakt sosialt nettverk (Mæland, 2010). Sosial støtte kan fungere som en buffer i stressende situasjoner, og deltakelse i SHG kan bidra til bedringsprosessen gjennom at man opplever å ha mer støtte (Laudet et al., 2004). I følge Antonovsky (1987) kan det å vite at man har sosial støtte tilgjengelig være nok til at det oppleves som en mestringsressurs. Nære, emosjonelle bånd defineres som særs viktig, i tillegg til kvaliteten på den sosiale støtten.

I min studie forekom sosial kontakt utenom møtene mer enn dobbelt så mye blant deltakere i rusrelaterte grupper i forhold til grupper innenfor psykisk helse. Dette kan blant annet ha sammenheng med at AA/NA legger opp til fadderskap, hvor en som har kommet lenger i de tolv trinn funger som en støttespiller overfor det nye gruppemedlemmet og hjelper personen i tilfriskningsprogrammet (Anonyme Alkoholikere, 2018). For enkelte med et rusproblem, kan det å finne et nettverk utenfor rusmiljøet være vanskelig, og sjansen for tilbakefall kan muligens bli større dersom man er rundt folk som ruser seg enten det er alkohol eller narkotika (Moos, 2008). Deltakelse i AA forbindes med et økt nettverk av venner

(Humphreys,Finney & Moos, 1994; Humphreys et al., 1999). Dersom man akkurat har blitt rusfri, kan det å se at en annen har klart det i mange år, virke som en positiv rollemodell og dermed få personen til å se muligheter fremfor begrensninger (Moos, 2008). Det samme kan man kanskje tenke om angst. Å se at andre kan leve med angsten, kan gjøre at man fungerer som rollemodeller for hverandre. Deltakelse i SHG assosier med bedring i mental helse; økt selvtillit, økt kunnskap og økt selvbestemmelse (Seebohm et al., 2013). I tillegg kan det være at man får testet ut ting eller situasjoner man er redd for omgitt av andre mennesker som kjenner til akkurat samme følelsen. Man kan lære noe om egne reaksjonsmønstre gjennom andre (Hedlund & Landstad, 2011). Å gi og motta sosial støtte både under og utenom møtene i SHG assosieres med økt tilfredshet med gruppen og økt velvære generelt (Maton, 1988).

I følge Hjemdal et al. (1998) kan ikke en SHG i seg selv anses som et personlig sosialt nettverk, men snarere som et partielt nettverk hvor deltakerne har en avgrenset relasjon til hverandre. Et sted de får sosial støtte og informasjon. De lister opp tre sentrale kriterier som må være oppfylt for at man skal kunne definer gruppa som et personlig sosialt nettverk:

- Man møter andre deltakere utenom møter
- Man opplever en fortrolig kontakt på møter
- Relasjonen må innebære sosial støtte. Gruppedeltakeren må enten motta eller vite at de kan motta hjelp fra de andre deltakerne i en vanskelig situasjon (Hjemdal et al., 1998).

I min studie svarer mange deltakerne at de har sosial kontakt utenom møtene, at de gir og mottar erfaring, kunnskap og støtte, og enkelte har gjort tjenester for hverandre utenom møtene. I lys av kriteriene listet ovenfor, er det mulig å anta at enkelte av deltakerne i min studie får utvidet sitt sosiale nettverk gjennom SHG.

4.2 Mestring

Jeg vil her drøfte sosial støtte og SHG opp mot de åtte mestringskategoriene (Folkman et al., 1986) beskrevet i kapittel 3.4, SOC og øvrig teori. Sosial støtte kan altså ha en positiv effekt på helse, og fravær av sosial støtte kan bidra til stress. Å oppsøke sosial støtte er i seg selv en mestringsstrategi (Folkman et al., 1986). SHG kan som nevnt være et alternativ eller supplement for sosial støtte fra familie og venner (Borkman, 1999). Å oppsøke en SHG kan være en mestringsstrategi. Av og til kan det være å lettere å snakke om et problem med mennesker med liknende erfaring. Deltakelse i SHG kan bidra til å styrke en persons

mestringsressurser (Fjeldstad, 2017; Humphreys et al., 1994). Det første av de 12 trinnene AA og NA jobber etter er å innrømme at man er maktesløs overfor rusmiddelet og at man ikke lenger klarer å mestre eget liv (Anonyme Alkoholikere, 2018). Med andre ord blir det en aksept av ansvar som er en mestringsstrategi (Folkman et al., 1986). Innenfor SOC (Antonovsky, 1987) kan det formuleres som at man ikke håndterer livet og dermed ikke opplever mestring. Ved å gå SHG konfronterer (Folkman et al., 1986) man problemet. Dersom en sliten sliter med angst, blir det å oppsøke Angstringen å gå angsten i møte. Ved å gå på AA/NA- møte erkjenner man at man har et rusproblem. Å oppsøke grupper kan sies å være en form for planorientert problemløsing (Folkman et al., 1986). I en SHG som er uanstrengt og preget av åpenhet, kan deltakeren snakke om følelser og erfaringer som igjen kan føre til mestring (Hildingh et al., 1995)

I AA/NA jobber man etter en tolvtrinnsmodell. Hvor lang tid det tar å komme gjennom de tolv trinnene er individuelt. Å ha rollemodeller i form av folk som har kommet lenger i tilfriskningsprosessen kan for mange være en fordel. Man ser at det er mulig å leve et liv uten alkohol, gjennom å se andre som har liknende erfaring og som har klart å mestre situasjonen (Powell & Perron, 2010). Dette forutsetter at man har selvkontroll, som også er en mestringsstrategi (Folkman et al., 1986). Både overfor seg selv og i ulike sosiale settinger hvor folk for eksempel konsumerer alkohol. Ved å gå i AA/NA distanserer man seg fra inntaket av alkohol, samtidig snakker man om problemene som er relatert til alkoholen. Det er ulike årsaker til at folk har fått dette problemet. Enkelte vil ikke innrømme for seg selv at de har et problem- det blir en form for unnvikelse som er en annen mestringsstrategi (Folkman et al., 1986). Å distansere seg fra det aktuelle problemet er også en mestringsstrategi (Folkman et al., 1986).. Så lenge man ikke innrømmer at man har et problem, kan det være vanskelig å få gjort noe med det. Som beskrevet i kapittel 3, kan rusproblemet ha mange negative ringvirkninger både for en selv og for de en har rundt seg. AA kan bidra til individets bedringsprosess gjennom å fremme motivasjon, bidra til økt mestringstro, læring av mestringsstrategier og mulighet for endring eller tilpasning i eget sosialt nettverk (Kelly et al., 2009).

Fokus i denne masteroppgaven er likepersonstyrte selvhjelpsgrupper. Altså at mennesker med samme eller liknende problem hjelper hverandre. Denne hjelpen går begge veier; man er både den som hjelper og den som blir hjulpet. Noen forskere har gått fra å kalle det SHG til å kalle det gjensidige hjelpegrupper (mutual aid groups), nettopp for å fange opp denne gjensidigheten, og det faktum at det ikke bare er en selv en hjelper (Humphreys & Rappaport,

1994). SHG skiller seg fra profesjonelt styrte grupper, som for eksempel terapigrupper eller samtalegrupper ledet av psykolog eller gestaltterapeut. Først og fremst i forhold til lederskap. I SHG er det deltakerne som leder gruppen. 35% av respondentene i min studie angir i at de går i annen terapi eller behandling ved siden av. For disse menneskene kan selvhjelpsgruppen anses som et supplement til annen behandling. For de øvrige kan det være at det er et alternativ. Gjensidig støtte og erfaringsbasert kunnskap mellom likepersoner i SHG er en viktig samfunnsressurs som skiller seg fra det man opplever eller finner i et profesjonell-klientforhold (Munn-Giddings & McVicar, 2007).

Å gå i SHG kan muligens for noen bli en slags livsstil. En måte å for eksempel opprettholde rusfriheten (Humphreys et al., 1994). «En gang alkoholiker, alltid alkoholiker» er vel et uttrykk man har hørt. Om det da bare er selve møtene eller miljøet rundt som er hva de får mest «utbytte» av, vet man sågar heller ikke med mindre man intervjuer personene det gjelder. I min studie hadde 50% av deltakerne gått i SHG 3 år eller mer og 27% hadde gått i gruppe i 1-3 år. I følge Humphreys et al. (1994) er det mange som fortsetter å gå i SHG i mange år etter at de har løst problemet som var utløsende årsak til at de startet i gruppen. Dette kan ha sammenheng med at gruppen hjelper dem å hanskes med kroniske stressorer, store livsbegivenheter og dannelsen av nye vennskapsforhold. Deltakelse i SHG kan bidra til å endre hvordan individet bedømmer og håndterer stressende begivenheter (Humphreys et al., 1994).

I følge Hedlund og Landstad (2011) kan helsa til mennesker som klarer å håndtere stressfaktorer bli dratt i en mer helsefremmende eller salutogen retning. Tilværelsen vil kunne bli mer begripelig, håndterbar og meningsfull, det kan oppstå en Sense of Coherence, på tross av helsemessige utfordringer. Et av funnene fra min spørreundersøkelse var at humor forekom mye i gruppene. Innholdet av humoren er ukjent, og det må kvalitativ forskning til for å undersøke dette humorens form og betydning nærmere. Det forelå en positiv korrelasjon mellom hvor viktig SHG hadde vært for deltakernes bedringsprosess og hvor fornøyde de var med gruppen. Det er derfor mulig å anta at humoren er et positivt element i gruppene. Humor kan bidra til en opplevelse av mestring (Kvamme & Nilsen, 2011; McCreaddie & Wiggins, 2008). Flere av Kvamme og Nilsen (2011) sine informanter angir at de bruker humor som et middel for å mestre hverdagen og at de i SHG bruker en del galgenhumor, som ofte brukes i situasjoner som er vanskelig for den det gjelder. Gruppa kan bidra til å gjøre hverdagen mer forståelig, meningsfull og håndterbar. Følelsen av styrket sammenheng kan ha en

helsefremmende effekt (Kvamme & Nilsen, 2011), som er i tråd med teorien som ble presentert om Antonovsky (1996).

4.3 Homogene eller heterogene grupper?

I min studie var det flest personer i homogene grupper; angst, spiseforstyrrelser, narkotika, alkohol. I Nasjonal Plan for Selvorganisert Selvhjelp (Helsedirektoratet, 2014) skriver de at de har erfaring med at grupper som er sammensatt på tvers av problemer fører til en mer læring og konstruktiv erfaringsdeling, altså heterogene grupper. Det vises ikke til noe konkret forskning, men snarere erfaring som grunnlag for denne påstanden. Heterogene grupper kan være hensiktsmessig for noen som går rundt med en følelse av at noe er galt uten å kunne fastsette hva det er eller hva det skyldes. Da de ikke kan «definere» problemet, vet de kanskje heller ikke hvilken gruppe de skal oppsøke. Noen deltakerne opplever å finne fram til problemer og løsninger i felleskap med andre ved å delta i SHG og lytte til andres problemer og erfaringer (Brottveit & Feiring, 2013). Et annet aspekt kan være at de ikke ønsker å identifisere seg med mennesker som har samme problem. Majormoen (2013) skrev en masteroppgave om heterogene selvorganiserte SHG. I denne studien fant Majormoen at drivkraften for deltakerne for å starte i gruppe var et ønske om endring. Utbyttet var egenkraftmobilisering på både individ – og gruppenivå. Majormoen brukte betegnelsen «Et mentalt treningsstudio» om gruppene og i hoved tittelen. Hun konkluderer med at tilbudet er helsefremmende og at det bør forskes mer på. Blant annet spørsmålet om hva er det som gjør at noen grupper fungerer bedre enn andre. Gotaas (2018, in press) skriver for øyeblikket en doktoravhandling om SHG. Hun sammenlikner heterogene grupper etter Selvhjelp Norge-modellen med grupper fra California på 1970-tallet hvor man gjennom samhandling med gruppa får økt bevissthet rundt seg selv uten å ha et spesifikt problem eller diagnose i utgangspunktet. Målet var å bli bedre kjent med seg selv og hvordan man er i samspill med andre. Den heterogene formen og organiseringen av SHG er unik i internasjonal sammenheng (Gotaas, 2018, in press).

Mye av forskningen jeg refererer til både her og i egen masterartikkel fremhever at det å treffe mennesker med liknende erfaring som noe av essensen i det SHG bidrar med (Hildingh et al., 1995; Hjemdal et al., 1998; Kvamme & Nilsen, 2011; Maton, 1988; Stang & Mittelmark, 2010; Thyness, 2006). Dette vil ikke nødvendigvis kunne være tilfellet dersom man følger Nasjonal Plan for Selvhjelps anbefaling om heterogene grupper. Da treffer man muligens folk

som har et problem de ønsker å gjøre noe med, men det betyr ikke nødvendigvis at man opplever å ha noe felles erfaringsgrunnlag. I praksis er det mye som kan tyde på at det nettopp er flest homogene grupper ute i samfunnet, og med tanke på at SHG er noe som kommer som et grasrotinitiativ, må det være grunn til å anta at initiativtakerne har valgt homogenitet for en grunn. Kvamme og Nilsen (2011) angir i sin studie at homogenitet var et sentralt virkemiddel for SHG. Innenfor sorgfeltet har det også pågått en diskusjon om hvorvidt homogene eller heterogene sorggrupper er mest hensiktsmessig. Konklusjonen har falt på at homogene grupper er mest hensiktsmessig (Dyregrov et al., 2012). Dette innebærer for eksempel at en person som har mistet en ektefelle ikke plasseres i samme gruppe som en som har mistet et barn. På den annen side sier Dyregrov et al. (2012) at i mindre befolkede strøk kan det være viktigere at gruppen kommer i gang enn at homogeniteten ivaretas. Med tanke på at SHG er mest utbredt i sentrale strøk (Stokken,Barstad & Thokle, 2011), kan det være hensiktsmessig med heterogene SHG i rurale strøk der nedslagsfeltet og rekrutteringsgrunnlaget er mindre. Alt i alt kan opplevelsen av sosial støtte forekomme uansett hvilken gruppeform man går i. I tillegg er alle menneskers historie og erfaring ulik og unik for den enkelte.

4.4 Selvhjelpsgrupper og Empowerment

I grupper med dynamikk og samspill kan SHG bidra til Empowerment, endring og positiv helse (Hedlund & Landstad, 2011). Som jeg beskrev innledningsvis kan det å oppsøke og delta i en SHG i seg selv være Empowerment ved at man tar makten i egne hender. Dette kan anses som individuell Empowerment. I følge Askheim (2003) innebærer individuell Empowerment prosesser og aktiviteter som skal bidra til å øke individets kontroll over eget liv, øke selvbildet og selvtilliten, samt øke individets kunnskap og ferdigheter, slik at de kan identifisere faktorer som virker begrensende på deres muligheter for egenkontroll.

I følge Seebohm et al. (2013) er det viktig at deltakelsen i SHG forblir på frivillig basis, men samfunnet kan bidra med midler slik at det opprettholdes en infrastruktur som muliggjør deltakelsen. Det er viktig at initiativtakerne til SHG får drifte gruppene på sine premisser (Hjemdal et al., 1998). Dette kan sies å komme innenfor dimensjonen av strukturell Empowerment som «omfatter barrierer, maktforhold og samfunnsstrukturer som opprettholder ulikhet, urettferdighet og manglende mulighet til å ha kontroll over eget liv» (Askheim, 2003, s. 104). Man må altså se sammenhengen mellom individets livssituasjonen

og problemer på den ene siden, og strukturelle og samfunnsmessige forhold på den andre siden (Askheim, 2003).

5.0 Konklusjon

Sosial støtte kan i seg selv virke helsefremmende. Deltakelse i selvhjelpsgrupper kan bidra til opplevelsen av sosial støtte og mestring og kan fungere som en buffer i stressende situasjoner. SHG kan være et supplement eller alternativ til sosial støtte fra venner og familie. Mestring kan blant annet forekomme ved at man lærer å takle eller å leve med sykdommen eller problemet. Å oppsøke sosial støtte er i seg selv en mestringsstrategi, hvilket innebærer at det å oppsøke en selvhjelpsgruppe kan være et skritt på veien mot mestring. SHG kan også bidra i bedringsprosesser ved at man opplever å ha mer sosial støtte. Videre studier kan blant annet dreie seg om å intervjue deltakere i selvhjelpsgrupper om humorens form, innhold og mening, og å få en dypere forståelse av den sosiale kontakten mellom gruppemedlemmene.

Litteraturliste

Adamsen, L. & Rasmussen, J. M. (2001). Sociological perspectives on self-help groups: reflections on conceptualization and social processes. *Journal of Advanced Nursing, 35*(6), 909-917. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01928.x

Angstringen. (2018). Hentet 10.03.18 fra http://angstringen.no

Anonyme Alkoholikere. (2018). Hentet 15.03.18 fra http://www.anonymealkoholikere.no/2/

Anonyme Narkomane. (2018). Hentet 05.03.18 fra https://nanorge.org

Antonovsky, A. (1987). Health promoting factors at work: the sense of coherence. *Psychosocial factors at work and their relation to health*, 153-167.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International, 11*(1), 11-18. doi: 10.1093/heapro/11.1.11

Antonovsky, A. & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen* (Unraveling the mystery of health). Oslo: Gyldendal akademisk.

Askheim, O. P. (2003). *Fra normalisering til empowerment : ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Aveyard, H. (2010). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (2nd ed. utg.). Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.

Borkman, T. (1999). *Understanding self-help/mutual aid : experiential learning in the commons*. New Brunswick, N.J: Rutgers University Press.

Brottveit, Å. & Feiring, M. (2013). *Endringsarbeid i selvhjelpsgrupper - perspektiver på deltakelse og samarbeid* (Endringsarbeid i selvhjelpsgrupper). Oslo: NIBR.

Dalgard, O. S., Døhlie, E., Ystgaard, M. & Senter for sosialt nettverk og, h. (1995). *Sosialt nettverk, helse og samfunn*. Oslo: Universitetsforl. : I samarbeid med Senter for sosialt nettverk og helse.

Dyregrov, A., Johnsen, I., Dyregrov, K. & Ness, J. (2012). *Hvordan lede sorggrupper? : en håndbok for sorggruppeveiledere*. Oslo: Abstrakt forl.

Feiring, M. (2014). *Om politisering og læring i selvhjelpsfeltet : to notater fra et forskningsprosjekt om selvhjelpsvirksomhet* (Høgskolen i Oslo og Akershus, Bind 2014 nr 1). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

Fjeldstad, I. B. (2017). *«Vi deler erfaringer når det skjer». En kvalitativ studie om helsefremmende fellesskap i selvorganiserte selvhjelpsgrupper*. Nord universitet

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., Delongis, A., Gruen, R. J. & Sarason, I. G. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*(5), 992-1003. doi: 10.1037/0022-3514.50.5.992

Gotaas, N. (2018). *in press: «Takk for tilliten» - Selvhjelpsgrupper som transformerende praksis (foreløpig tittel)* (PhD). NIBR, Oslo.

Hedlund, M. & Landstad, B. (2011). *Forskning på selvhjelp og selvhjelpsgrupper: Helsepolitikk, empowerment og positiv helse* (Arbeidsnotat nr 239). Steinkjer: Høgskolen i Nord-Trøndelag.

Helse- og Omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen : mestring og muligheter*. (19). Oslo: Departementenes servicesenter.

Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonal plan for selvorganisert selvhjelp*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2015). *Folkehelsepolitisk rapport 2015. Indikatorer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet*. Oslo: Helsedirektoratet.

Hildingh, C., Fridlund, B. & Segesten, K. (1995). Social support in self-help groups, as experienced by persons having coronary heart disease and their next of kin.

International Journal of Nursing Studies, 32(3), 224-232. doi: 10.1016/0020-7489(95)00001-E
Hjemdal, O. K., Nilsen, S. & Seim, S. (1998). *Selvhjelp : kunsten å løfte seg etter håret*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
Humphreys, K., Finney, J. W. & Moos, R. H. (1994). Applying a Stress and Coping Framework to Research on Mutual Help Organizations. *J. Community Psychol., 22*(4), 312-327.
Humphreys, K., Mankowski, E., Moos, R. & Finney, J. (1999). Do enhanced friendship networks and active coping mediate the effect of self-help groups on substance abuse? *Annals of Behavioral Medicine, 21*(1), 54-60. doi: 10.1007/BF02895034
Humphreys, K. & Rappaport, J. (1994). Researching self-help/mutual aid groups and organizations: Many roads, one journey. *Applied and Preventive Psychology, 3*(4), 217-231.
Hånes, H. (2014). *Fakta om sosial støtte og ensomhet*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/
Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
Katz, A. H. & Bender, E. I. (1976). *The strength in us : self-help groups in the modern world*. New York: New Viewpoints.
Kelly, J., Magill, M. & Stout, R. (2009). How do people recover from alcohol dependence A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. *Alcoholism (NY), 33*(6), 48A-48A.
Kristensen, Ø. & Vederhus, J.-K. (2005). Selvhjelpsgrupper i rusbehandling. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 125*(20), 2798-2801.
Kurtz, L. F. (2004). Support and self-help groups. I C. D. Garvin, L. M. L. M. Gutiérrez & M. J. Galinsky (Red.), *Handbook of social work with groups* (s. 139-159). New `York: Guilford Press.
Kurtz, L. F. & Powell, T. J. (1987). Three approaches to understanding self-help groups. *Social work with groups, 10*(3), 69-80.
Kvamme, I. & Nilsen, A. C. E. (2011). *Hjelper selvhjelp? : En prosessevaluering av prosjektet Selvhjelp og individuell plan i psykisk helsefremmende arbeid* (Prosjektrapport (Agderforskning : online), Vol. nr 01/2011.).
Kärki, F. U. & Helsedirektoratet. (2016). *Mestring, samhørighet og håp : veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*. Oslo: Helsedirektoratet.
Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien Forskning*(4), 288-296.
Laudet, A. B., Cleland, C. M., Magura, S., Vogel, H. S. & Knight, E. L. (2004). Social Support Mediates the Effects of Dual-Focus Mutual Aid Groups on Abstinence from Substance Use. *American Journal of Community Psychology, 34*(3-4), 175-185. doi: 10.1007/s10464-004-7413-5
Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
Majormoen, E. (2013). *Et mentalt treningsstudio : Deltageropplevelser og erfaringer fra heterogene selvorganiserte selvhjelpsgrupper sett i et helsefremmende perspektiv* (Master). Høgskolen i Gjøvik
Maton, K. I. (1988). Social support, organizational characteristics, psychological well-being, and group appraisal in three self-help group populations. *American Journal of Community Psychology, 16*(1), 53-77. doi: 10.1007/BF00906072
McCreaddie, M. & Wiggins, S. (2008). The purpose and function of humour in health, health care and nursing: a narrative review. *Journal of Advanced Nursing, 61*(6), 584-595.

Moos, R. H. (2008). Active ingredients of substance use-focused self-help groups.(Author abstract)(Report). *Addiction, 103*(3), 387.
Munn-Giddings, C. & McVicar, A. (2007). Self-help groups as mutual support: What do carers value? *Health & Social Care in the Community, 15*(1), 26-34. doi: 10.1111/j.1365-2524.2006.00660.x
Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid : folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
Norsk Selvhjelpsforum. (2009). *Kartlegging av Selvhjelpsvirksomhet i rusfeltet*. Norway: Norsk Selvhjelpsforum/Selvhjelp Norge.
Powell, T. & Perron, B. E. (2010). Self-Help Groups and Mental Health/Substance Use Agencies: The Benefits of Organizational Exchange. *Substance Use & Misuse, 2010, Vol.45(3), p.315-329, 45*(3), 315-329. doi: 10.3109/10826080903443594
Seebohm, P., Chaudhary, S., Boyce, M., Elkan, R., Avis, M. & Munn-Giddings, C. (2013). The contribution of self-help/mutual aid groups to mental well-being. *Health & Social Care in the Community, 21*(4), 391-401. doi: 10.1111/hsc.12021
Stang, I. & Mittelmark, M. B. (2010). Intervention to enhance empowerment in breast cancer self-help groups. *Nursing inquiry, 17*(1), 47-57. doi: 10.1111/j.1440-1800.2009.00465.x
Stokken, R., Barstad, J. & Thokle, G. (2011). CLOSE RELATIONS IN OPEN SPACES - ON SELF-HELP ACROSS THE RURAL-URBAN DIVIDE. *Journal of Risk and Governance, 2*(3), 135-146.
Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
Thuen, F. & Carlsen, B. (1998). Selvhjelpsgrupper : hva kjennetegner dem, og hvorfor har de vokst frem? *Tidsskrift for samfunnsforskning, Årg. 39, nr 1 (1998)*, 28-48.
Thyness, P. A. (2006). *Sosialt arbeid, lokal organisering og selvhjelp : en innføring for helse- og sosialarbeidere* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
Vederhus, J.-K., Hjerkinn, B. & Kristensen, Ø. (2011). Selvhjelpsgrupper for rusmiddelavhengige. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 131*(12), 1204-1206.
Vederhus, J.-K., Kristensen, Ø., Tveit, H. & Clausen, T. (2008). Tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper ; en ressurs i rehabiliteringen av rusmiddelavhengige. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 45*(10), 1268-1275.
World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*.

Vedlegg 1: Oversikt over oversettelsen fra amerikansk til norsk

The translation of the social exchange scales with modifications

The scales:

English	Never	Very rarely	Less then half the time	About half the time	More than half the time	Almost always	Always
Norwegian	Aldri	Nesten aldri	Mindre enn halvparten av tiden	Omtrent halvparten av tiden	Mer enn halvparten av tiden	Nesten alltid	Alltid

The questions:

English version:	**Norwegian version (direct translation):**	**Modified to:**
The following questions ask about what goes on during group meetings. Please indicate how often each behavior occurs during your group's meetings.	De følgende spørsmålene omhandler det som foregår på gruppemøter. Vennligs indiker hvor ofte hver atferd forekommer under gruppemøtene deres.	De følgende spørsmålene omhandler det som foregår på gruppemøter. Svarene går i en skala på 7 fra aldri til alltid. Vennligst kryss av svaralternativet som passer.
Experiential Knowledge Provided:	*Erfaringsmessig kunnskap jeg deler*	
I share my personal problems with group members.	Jeg deler personlige problemer med gruppemedlemmer	
I talk about personally sensitive issues.	Jeg snakker om tema som jeg opplever som sensitive	
I share my feelings with the group.	Jeg deler følelsene mine med gruppen	
Emotional Support Provided:	*Emosjonell støtte jeg gir:*	
I express concern for a group member.	Jeg viser omtanke for et gruppemedlem	
I provide emotional support to a group member.	Jeg støtter et gruppemedlem følelsesmessig	
I recognize the personal accomplishments of a group member.	Jeg anerkjenner de personlige prestasjonene et gruppemedlem har oppnådd	
Experiential Knowledge Received:	*Erfaring og kunnskap jeg mottar:*	
Group members share their personal problems with me.	Gruppemedlemmer deler sine personlige problemer med meg	
Group members talk about sensitive issues.	Gruppemedlemmer snakker om sensitive temaer	
Group members share their feelings with the group.	Gruppemedlemmer deler følelsene sine med gruppen	
Emotional Support Received:	***Følelsesmessig støtte jeg mottar:***	
Group members listen carefully when I talk.	Gruppemedlemmer lytter når jeg snakker	
Group members show interest in hearing my ideas and opinions.	Gruppemedlemmer viser interesse for og hører på mine idéer og meninger	
A group member expresses confidence in my abilities.	Et gruppemedlem uttrykker tillit til mine evner	

English version:	Norwegian version (direct translation):	Modified to:
Humour exchanged:	*Humorutveksling:*	
Group members make jokes.	Gruppemedlemmer forteller vitser	Gruppemedlemmer bruker humor i kommunikasjonen
Group members laugh when I make a joke.	Gruppemedlemmer ler når jeg forteller en vits	Gruppemedlemmer ler av min humor
Group members kid around with me.	Gruppemedlemmer tuller med meg	Gruppemedlemmer spøker med meg
I make jokes.	Jeg forteller vitser	Jeg bruker humor i kommunikasjonen
I kid around with group members.	Jeg tuller med andre gruppemedlemmer	Jeg spøker med andre gruppemedlemmer
Unwanted Behavior Received:	*Uønsket atferd:*	
A group member is not quiet when I am talking.	Et gruppemedlem er ikke stille når jeg snakker	
A group member interrupts me while I am talking.	Et gruppemedlem avbryter meg mens jeg snakker	
A group member shows up late to the meeting.	Et gruppemedlem kommer for sent til møtet	
There is a misunderstanding between group members.	Det oppstår misforståelser mellom gruppemedlemmer	
A group member gossips.	Et gruppemedlem kommer med sladder	
A group member stops listening to the discussion.	Et gruppemedlem slutter å følge med på diskusjonen	
A group member ends up talking for too long.	Et gruppemedlem snakker for lenge	
Exchanges outside meetings	*Utveksling utenom møtene:*	
This section asks about what you and other group members may have done together. Please indicate about how many times you did each activity listed. Don't worry if you answer 0 times often, as many people do.	Følgende spørsmål dreier seg om utveksling utenfor møter. Indiker hvor mange ganger hendelsen har skjedd. Her kan det være at svaret ofte er aldri. Det er ikke uvanlig at slik aktivitet er fraværende.	
In the last 3 months, about how many times did…	*Hvor ofte i løpet av de siste 3 månedene har...*	
you do a favor for a group member.	du gjort en tjeneste for et annet gruppemedlem	
you visit the home of a group member.	du besøkt et medlem av gruppen	
you socialize with a group member outside of group meetings.	du vært sosial med et gruppemedlem utenom møtene	
a group member do a favor for you.	et medlem av gruppen gjort en tjeneste for deg	
a group member visit your home.	et medlem av gruppen besøkt deg	

Vedlegg 2: De tolv trinn

1. Vi innrømmet at vi var maktesløse overfor alkohol, og at vi ikke lenger kunne mestre våre liv.
2. Vi kom til å tro at en Makt større enn oss selv kunne bringe oss tilbake til sunn fornuft.
3. Vi bestemte oss til å overlate vår vilje og vårt liv til Guds omsorg, *slik vi selv oppfattet Ham*.
4. Vi foretok en fryktløs og grundig moralsk selvransakelse.
5. Vi innrømmet, ærlig og utilslørt, våre feil for Gud, for oss selv og et annet menneske.
6. Vi var helt innstilt på å la Gud fjerne alle disse feilene i vår karakter.
7. Vi ba Ham ydmykt om å fjerne våre feil.
8. Vi satte opp en liste over alle dem vi hadde gjort vondt mot og ble villige til å gjøre alt sammen godt igjen.
9. Vi gjorde opp med disse menneskene når det var mulig å gjøre det uten å skade dem eller andre.
10. Vi fortsatte med selvransakelsen, og når vi hadde feilet, innrømmet vi det uten å nøle.
11. Vi søkte gjennom bønn og meditasjon å styrke vår bevisste kontakt med Gud, *slik vi selv oppfattet Ham*, og ba bare om å få vite Hans vilje med oss og kraft til å utføre den.
12. Når vi hadde hatt en åndelig oppvåkning som følge av disse trinn, prøvde vi å bringe dette budskapet videre til alkoholikere og praktisere disse prinsippene i all vår gjerning

(Anonyme Alkoholikere, 2018)

Vedlegg 3: Klausulering

Vedlegg 3: Klausulering

Leveres sammen med oppgaven i eksamensinnleveringsrommet i Fronter

KLAUSULERING AV OPPGAVE AV ANDRE GRUNNER ENN LOVBESTEMT TAUSHETSPLIKT

AVTALE INNGÅTT MELLOM HØGSKOLEN I OSLO OG AKERSHUS, FAKULTET FOR HELSEFAG OG

STUDENT: Sara Anne Warhuus. FØDT: 22.10.1976

Studentnummer: _s121531 Studieprogram: Master i Empowerment og Helsefremmende Arbeid

Der master- eller bacheloroppgaver ikke inneholder opplysninger undergitt lovbestemt taushetsplikt, kan Høgskolen i Oslo og Akershus med hjemmel i åndsverksloven § 27, jf. offentlighetsloven § 2 og § 6 nr. 6, gi forskere og studenter *innsyn* i oppgaven, men uten at disse kan sitere fra oppgaven.

Studenten kan reservere seg mot at oppgaven gjøres tilgjengelig i høgskolens åpne vitenarkiv, ODA. Dersom denne adgangen til klausulering benyttes, må varighet og begrunnelse angis fra studentens side. Oppgaven vil da bli oppbevart i et lukket arkiv i den oppgitte perioden.

Jeg reserverer meg herved mot at oppgaven gjøres tilgjengelig i høgskolens åpne vitenarkiv, ODA før embargotidens utløp (1-5 år).

Oppgavens tittel:
På hvilken måte opplever deltakerne i selvhjelpsgrupper sosial støtte?

Adresse:	Vårsvingen 9
Telefon:	95289825
E-post:	saraw@mail.com

Faglig veileder:	Heidi Jerpseth og Pål Joranger	
Institutt:	Helsefag	
Jeg tilrår at oppgaven klausuleres	Sted: Gjelder	Dato: 7/5/18
	Veileders underskrift: Heidi Jerpseth / Pål Joranger	

Maksimumstid for denne type klausulering er 5 – fem år (embargotid).

Klausuleringen gjelder for 5 år og settes på grunn av:

Avventer publisering i vitenskapelig tidsskrift.

.....

studentens underskrift

31

Vedlegg 4: Litteratursøk

Database: PsycINFO <1806 to January Week 4 2018>
Search Strategy:
---
1 twelve step programs/ or support groups/ or alcoholics anonymous/ (5691)
2 self help group*.mp. (1986)
3 1 or 2 (7179)
4 peer*.mp. (95578)
5 3 and 4 (633)
6 exp drug abuse/ (103756)
7 mental health/ (55874)
8 6 or 7 (157853)
9 5 and 8 (100)
10 limit 9 to peer reviewed journal (61)
11 empowerment/ or self-determination/ (10557)
12 3 and 11 (111)
13 limit 12 to peer reviewed journal (73)

Database: PsycINFO <1806 to January Week 4 2018>
Search Strategy:
---
1 twelve step programs/ or support groups/ or alcoholics anonymous/ (5691)
2 self help group*.mp. (1986)
3 1 or 2 (7179)
4 peer*.mp. (95578)
5 3 and 4 (633)
6 exp drug abuse/ (103756)
7 mental health/ (55874)
8 6 or 7 (157853)
9 5 and 8 (100)
10 limit 9 to peer reviewed journal (61)

Vedlegg 5: Godkjenning av sammendrag

10.7 Godkjenning av sammendrag

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Masterstudie i Empowerment og helsefremmende arbeid
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Godkjenning av sammendrag

Studentens navn: SARA ANNE WARHUUS

Født: 22. 10. 1976

Jeg bekrefter at jeg har godkjent sammendraget til studentens masteroppgave.

7.05-18 Heidi Jørgensen

Dato, signatur veileder

Pål Jørgen

27