

MASTEROPPGAVE

Master i psykisk helsearbeid

Mai 2015

Tittel

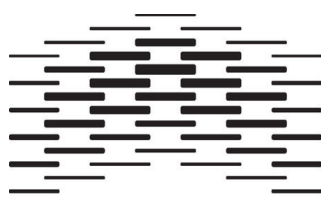
**Belastning, personlighet, mestring og psykisk helse hos
pårørende til mennesker med ruslidelser**

Navn

Tone Larsen Hoel

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Forord

Jeg vil takke informantene som valgte å delta i denne undersøkelsen og brukte av sin tid, samt kollegaer som hjalp til med å rekruttere dem. Å bli møtt med vennlighet, nysgjerrighet og hjelpsomhet da jeg ba om bistand til gjennomføring av undersøkelsen satte jeg stor pris på.

Videre en takk til Fagbiblioteket ved Sykehuset Telemark som har hjulpet med datasøk og skaffe til veie ønsket litteratur.

Stor takk til veileder Phd. Amy Østertun Geirdal som har gitt meg nyttige og nødvendige innspill, vært lett tilgjengelig og har veiledet meg på en vennlig og faglig sikker måte gjennom hele denne prosessen.

Takk også til venninne og Phd. Hege Kersten og mannen min Per Ivar Hoel for hjelp, innspill og støtte, og til Ingrid og Lars som har forholdt seg til en studiefokusert mor dette siste året.

Skien 14.05.15.

Tone Larsen Hoel

Sammendrag

Introduksjon:

Det er kjent at det kan være belastende å være pårørende til mennesker med ruslidelse. Det er tidligere gjort noe norsk kvalitativ forskning på hvordan pårørende forsøker å mestre slike belastninger, derimot ingen kvantitativ forskning med fokus på pårørendes mestringsstrategier. Denne masteroppgaven gjør rede for en kvantitativ tverrsnittstudie gjennomført høsten 2014 – våren 2015. Formålet med studien var å undersøke pårørendes mestring og hvilke sammenhenger det er mellom belastning, personlighet, mestring og psykisk helse hos pårørende til mennesker med ruslidelse, med Transaksjonsmodellen, Stress-strain-coping-support modellen og The cognitive activation theory of stress som teoretisk rammeverk.

Metode:

Pårørende informanter ble rekruttert via deres kontakt med poliklinikker innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, et ”møteplass” tilbud for pårørende, et veiledningssenter for pårørende og via en interesseorganisasjon for rusmisbrukere og deres pårørende i Telemark. Informantene besvarte spørreskjemaene The Burden Assessment Schedule (BAS), The Brief Coping Orientation to Problems (Brief COPE), The Life Orientation Test- Revised (LOT-R), og The General Health Questionnaire 12 (GHQ-12). Videre ble det innhentet informasjon om demografi og rusrelaterte forhold knyttet til pårørendes livssituasjon. For å beskrive, sammenligne og undersøke sammenhenger mellom de ulike variabler ble univariate analyser, korrelasjonsanalyser og regresjonsanalyse utført. Ikke parametriske tester ble anvendt grunnet manglende normalfordeling og relativt lite utvalg. Analysene ble utført ved SPSS versjon 22.

Resultat:

Studien viste at pårørende var en gruppe med store belastninger og betydelig grad av psykisk distress, hvorav 62 % hadde over caseskår for psykiske plager av klinisk betydning. Det var en signifikant positiv korrelasjon mellom belastning og psykisk distress. Pårørende brukte hovedsakelig problemfokuserede strategier for å håndtere sin situasjon, men også emosjonsfokuserede. Aksept av situasjonen var signifikant negativt korrelert med psykisk distress. Det var videre en signifikant negativ korrelasjon mellom optimistisk grunnholdning og belastning og psykisk distress, som indikerer at jo mer optimistisk jo mindre belastning og psykisk distress og vice versa.

Konklusjon:

Pårørende til mennesker med ruslidelse er en belastet gruppe i høyrisiko for psykiske helseplager. De bruker alle mestringsstrategier for å håndtere sin situasjon, mest problemfokuserte strategier, mens den emosjonsfokuserte strategien aksept var den sentrale for redusert psykisk distress. Optimisme viste sammenheng med både redusert belastning og redusert psykisk distress. Funnene understreker behovet for å tilby pårørende til mennesker med ruslidelser støtte, mestringsstilbud og ved behov behandlingstilbud så de kan ivareta egen psykiske helse. Det er viktig at helsepersonell i alle deler av hjelpeapparatet har en forståelse av pårørendes belastende og sammensatte situasjon, og anerkjenner deres erfaringer og mestringsforsøk, bistår dem i bevisst å velge hensiktsmessige mestringsstrategier i sin situasjon og involverer dem som ønsker det i behandlingen av rusmisbruker.

Nøkkelord: Pårørende, Familiemedlemmer, Rus, Alkohol, Narkotika, Rusavhengighet, Rusproblem, Rusmisbruk, Ruslidelse, Stress, Belastning, Personlighet, Optimisme, Pessimisme, Mestring, Psykisk helse, Transaksjonsmodellen, Stress-strain-coping-support (SSCS) modellen, The cognitive activation theory of stress (CATS).

English abstract

Strain, personality, coping and mental health among family members to alcohol and drug addicts.

Background:

It is well known that family members of alcohol and drug addicts experience major burden. All previous Norwegian studies of how family members cope with their situation are qualitative, no quantitative studies has yet been conducted. This master thesis is a quantitative cross-sectional study performed from autumn 2014 – spring 2015. The aims of this study were to examine how family members cope and investigate the relationships between strain, personality, coping and mental health among family members of alcohol and drug addicts, in the framework of The transaction model, The Stress –strain –coping –support model and The cognitive activation theory of stress .

Methods:

All the participants were family members of alcohol and drug addicts and were recruited from polyclinics specialized in psychiatry or in abuse treatment, from a course for family members, from a guidance center for relatives, and from an interest group for addicts and their relatives in Telemark. The informants answered the questionnaires The Burden Assessment Schedule (BAS), The Brief Coping Orientation to Problems (Brief COPE), The Life Orientation Test-Revised (LOT-R), and The General Health Questionnaire 12 (GHQ-12). In addition information about demographics and their drug related life situation was collected. Univariate analyzes, correlation analyzes and regression analysis was used to describe, compare and examine the relationships between different variables. Non- parametric tests were used because of not normally distributed data and a relatively small study population. SPSS, version 22, was used for the statistical analyses.

Results:

The results showed that the family members had a high degree of strain and mental distress, and 62 % showed case score for clinical relevant psychological distress. Strain and psychological distress were significant positively correlated. The family members predominantly used problem focused strategies to manage their situation, but also emotion focused strategies were used. Acceptance of the situation was significant negatively correlated with psychological distress. A higher degree of optimism was negatively correlated with

strain and mental distress, showing that the more optimism, the lower strain and distress, and vice versa.

Conclusion:

Family members of alcohol and drug addicts have a high burden and are at high risk for mental health problems. They use all the coping strategies to manage their situation, but mainly problem focused strategies, while the emotion focused strategy accept was the strategy that turned out to be important for reduced psychological distress. Optimism was related to both reduced strain and reduced distress. The main findings emphasize the needs to offer family members to addicts support, advice and guidance, coping courses, and if needed treatment, so they may increase their mental self care ability. It is important that health workers in all parts of the health system have an understanding of the family members' difficult and stressful situation and acknowledge their experiences and coping attempts, assist them to choose the most adaptive coping strategy in their situation at the time, and involve family members in the treatment of the addict if they want to.

Key word: Family members, Affected family members, Relatives, Alcoholics, Drug addiction, Drug abuse, Drug related disorders, Substance abuse, Alcohol related disorders, Stress, Strain, Personality, Optimism, Pessimism, Cope, Coping, Mental health, The transactional model, The stress-strain-coping-support (SSCS) model, The cognitive activation theory of stress (CATS).

Forord

Sammendrag

English abstract

| | | |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 | Innledning | 1 |
| 1.1 | Introduksjon..... | 1 |
| 1.2 | Oppgavens oppbygging | 3 |
| 1.3 | Sentrale begreper | 4 |
| 1.4 | Tidligere forskning og teori | 5 |
| 1.4.1 | Tidligere forskning | 5 |
| 1.4.2 | Teoretiske perspektiver på pårørendes problematikk..... | 11 |
| 1.4.3 | Teorier om stress og mestring | 13 |
| 1.5 | Problemstilling og forskningsspørsmål | 19 |
| 2 | Metode | 21 |
| 2.1 | Litteratursøk..... | 21 |
| 2.2 | Forskerens rolle i prosjektet | 21 |
| 2.3 | Forskningsdesign | 22 |
| 2.4 | Rekruttering og datainnsamling..... | 22 |
| 2.4.1 | Etikk og personvern | 23 |
| 2.5 | Måleinstrumentene | 24 |
| 2.1 | Statistisk databehandling | 28 |
| 3 | Resultater | 29 |
| 3.1 | Pårørendes bakgrunn og hverdagsliv (demografi og rusrelaterte variabler) | 29 |
| 3.2 | Deskriptiv statistikk og sammenligninger | 31 |
| 3.2.1 | Belastning | 31 |
| 3.2.2 | Personlighet | 31 |
| 3.2.3 | Mestringsstrategier | 31 |
| 3.2.4 | Psykisk distress | 32 |
| 3.2.5 | Sammenligninger mellom undergrupper..... | 32 |
| 3.3 | Korrelasjoner | 35 |
| 3.3.1 | Belastning korrelert med mestring og psykisk helse..... | 35 |
| 3.3.2 | Personlighet korrelert med belastning, mestring og psykisk helse | 35 |
| 3.3.1 | Mestringsstrategier korrelert med psykisk helse | 35 |
| 3.4 | Regresjonsanalyse | 36 |

| | | |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4 | Drøfting..... | 37 |
| 4.1 | Hovedfunn | 37 |
| 4.1.1 | Belastning og psykisk helse (forskningsspørsmål 1 og 2) | 38 |
| 4.1.2 | Mestring (forskningsspørsmål 3 og 4) | 40 |
| 4.1.3 | Personlighet (forskningsspørsmål 5)..... | 45 |
| 4.1.4 | Sammenhenger mellom belastning, personlighet, mestring og psykisk helse (forskningsspørsmål 6)..... | 47 |
| 4.2 | Metodiske styrker og svakheter | 48 |
| 5 | Konklusjoner og kliniske implikasjoner | 52 |
| 5.1 | Oppsummering og konklusjoner | 52 |
| 5.2 | Kliniske implikasjoner..... | 53 |
| 6 | Videre forskning | 55 |
| 7 | Referanseliste | 56 |

Vedlegg:

REK vedtak

Informasjonsbrev og samtykke erklæring

Spørreskjemaene

1 Innledning

1.1 Introduksjon

Folkehelse rapporten (2014) angir at mellom 10-20 % av den norske befolkning får problemer som følge av skadelig rusmiddelbruk eller avhengighet i løpet av livet, mens en rapport fra Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) anslo at ca. 100 000 mennesker i Norge har et problematisk forhold til alkohol eller narkotiske stoff (Bryhni, 2006). Ruslidelser rammer ikke bare den avhengige, men også familien og andre nærpå personer, og det er mange i Norge som er berørt av en annens ruslidelse. Storbækken og medarbeidere (2009) anslo med utgangspunkt i SIRUS` anslag, at dersom man regner 3 personer innen nær familie til å bli direkte berørt av en annen persons rusmisbruk, vil gruppen pårørende bestå av rundt 300 000 familiemedlemmer i Norge. SIRUS anslo videre at 50 000-150 000 barn og 50 000-100 000 ektefeller/partnere bor sammen med personer med et risikofylt alkoholkonsum. Trolig vil mer enn 130 000 personer i løpet av sitt voksne liv ha opplevd visse typer negative konsekvenser som sjikane, utskjelling, trusler om vold og vold, uønsket seksuell tilnærming, hærverk og seksuelt overgrep grunnet foreldres eller partners alkoholproblemer (Rossow, Moan & Natvig, 2009). Rus påvirker relasjoner, roller og fungering. Det enkelte familiemedlem og familien som system vil oftest være belastet i mer eller mindre grad (Copello, Velleman & Templeton, 2005; Hansen, 1985; Lindgaard, 2002, 2008; Morita et al., 2011). Å være pårørende til et menneske med en ruslidelse kan innebære vedvarende belastninger og opplevd stress som ikke nødvendigvis vil ta en slutt eller en heldig slutt. Pårørende må finne måter å mestre situasjonen og ivareta egen helse for å opprettholde sin livskvalitet.

Stress, mestring og helse er tett relatert (Rice, 2012), og forskning viser at langvarig stress kan gi negative helseeffekter, både fysisk og psykisk (Barboza Solis et al., 2015; Rice, 2012; Ursin & Eriksen, 2010). Psykiske helseplager rapportert av pårørende til mennesker med ruslidelser er blant annet bekymring, angst, depresjon, søvnløshet og psykosomatiske plager (Høie, 2005; Nordlie, 2003b; Orford et al., 2005).

Stress og stressmestring er sentrale begrep for å forstå sammenhenger mellom miljø og psykisk helse, og for å vite hvordan negativt stress kan beherskes eller unngås.

Hensiktsmessig bruk av mestringsstrategier blir betraktet som viktig da disse kan fungere som

en buffer mot effektene ulike stressfremkallende situasjoner kan ha på individet (Lazarus & Folkman, 1984). Der individet ikke opplever kontroll og mestringsmuligheter synes helsetilstanden og forverres (Ursin & Eriksen, 2004). På den måten vil ineffektive mestringsstrategier kunne være en helserisiko (Høie & Drottz-Sjøberg, 2007). I følge Folkman og Moskowitz (2004) er fokus på mestringsstrategier nyttig da det gir muligheter for endring og egner seg for kognitive og atferdsrettede intervensjoner. Forskning på mestring kan gi kunnskap som kan hjelpe mennesker til å takle negative livserfaringer bedre og redusere negative konsekvenser som følger av stress.

Fokus på betydningen av hensiktsmessig mestring har økt de siste årene, både innen det somatiske og psykisk helsevesen (eks.Helsedirektoratet, 2014). Med økt forekomst av vedvarende og sammensatte helseutfordringer i befolkningen må fokus flyttes fra den tradisjonelle behandlingsmodellen der eksperter ”friskgjør” pasienter, til pasienter og pårørendes egen selvforståelse, innsats og mestring (Vifladdt, Hopen & Berg, 2004). Blant annet understrekes mestringsfokuset i Lov om spesialisthelsetjenesten (2001) der det slås fast at opplæring av pasienter og pårørende er en av sykehusenes fire viktige oppgaver, og ved oppbyggingen av lærings- og mestringsenter i hele landet (Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, 2015). Vektleggingen av hensiktsmessig mestring for helsen sees også i forslag til WHO om å endre definisjonen på helse til “the ability to cope and selfmanage” (Hubert, 2011). Å opprettholde en god helse er en aktiv prosess. Tegn på at en person har god psykisk helse kan være at vedkommende klarer å håndtere en normal mengde stressfaktorer i hverdagen, vedlikeholde relasjoner, leve et selvstendig liv og komme seg ut av emosjonelle fallgruver (Wikipedia, 2015). Norge har sammen med de nordiske landene høyest skår på livskvalitet og lykke i verden, mens med tanke på mestring, evne til å takle stress og negative opplevelser, ligger Norge på det europeiske gjennomsnittet (Nes & Clech-Aas, 2011).

Å anse pårørende til mennesker med ruslidelser som en ressurs og inkludere dem i behandlingen av den som har et rusproblem, og samtidig ha økt oppmerksomhet på pårørendes eventuelle egne hjelpebehov, er vektlagt av helsemyndighetene (Helsedirektoratet, 2008; Helseforskningsloven, 2008 ; Sosial og helsedirektoratet, 2006; St.meld. nr. 25, 1996-1997). Veilederen ”Pårørende – en ressurs” (2008) fremhever at virksomhetene må ha oppmerksomhet på pårørendes egen helse, de må få hjelp og støtte til å mestre nærpersone rollen og de utfordringer denne rollen innebærer. Å veilede og støtte pårørende i å

håndtere sin situasjon hensiktsmessig vil kunne gi betydelige helsegevinster. Likevel opplever pårørende til mennesker med rusproblem fortsatt manglende støtte, og til dels manglende forståelse og hjelpetilbud (Bøckmann, 2010; Høie & Drottz-Sjøberg, 2007).

Det er forsket lite i Norge på pårørende til rusmisbrukeres mestring, hvordan de håndterer sin situasjon, og om det er noen måter som synes bedre enn andre for å bevare god psykisk helse. Kvantitative studier som belyser assosiasjoner mellom belastning, personlighet, mestring og psykisk helse er ikke funnet. På denne bakgrunn, og ut i fra egen interesse og erfaring fra arbeid med pårørende til rusmisbrukere i tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern, var målet med denne studien å utforske hvordan pårørende til mennesker med ruslidelse mestrer sin situasjon, og undersøke sammenhenger mellom deres belastninger, personlighet, mestring og psykiske helse.

Studien vil kunne være et bidrag til å styrke fokuset på pårørendes situasjon og synliggjøre gruppens eventuelle behov for støtte og tjenester for å øke deres mestring, forebygge og mestre psykiske helseplager. Jo mer vi vet om belastninger, mestring og psykiske helse, jo mer kan vi stimulere, legge til rette og veilede pårørende, slik at de selv kan bli i bedre stand til å ivareta egen helse og livskvalitet. Den kliniske implikasjonen av studien vil kunne være økt fokus på råd og opplæring i hensiktsmessige kognitive og atferdsmessige mestringsstrategier, som også understrekes som implikasjoner av Carver og Connor - Smith (2010). Det er videre ønskelig å få fremhevet og anerkjent pårørendes mestringsforsøk og tydeliggjøre de dilemma tidligere forskning har vist at pårørende står i, slik at pårørende kan bli møtt med respekt og bli sett på som en ressurs når de møter helsevesenet i sin pårørenderolle. I et helsepolitisk perspektiv og folkehelseperspektiv vil det å ha kunnskap, støtte og hjelp å tilby denne målgruppen kunne gi store gevinster utover hjelp til den enkelte. Hjelp vil også kunne øke de pårørendes mulighet til å kunne være en stabil og utholdende ressurs for familiemedlemmet med rusproblemer.

1.2 Oppgavens oppbygging

Innledningsvis defineres sentrale begreper og det gjøres rede for tidligere forskning og aktuell teori på områdene pårørende til mennesker med ruslidelse, belastning (stress), personlighet, mestring og psykisk helse. Problemstilling og forskningsspørsmål presenteres avslutningsvis i innledningskapittelet. I oppgavens kapittel 2 redegjøres det for litteratursøket, metode og valg

av kvantitativt forskningsdesign som er brukt for å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene. Resultater og funn fra statistiske analyser presenteres i kapittel 3, og funnene drøftes i kapittel 4 opp mot teori og andre studier. Konklusjon, skissering av mulige kliniske implikasjoner og forslag til videre forskning følger i kapittel 5.

1.3 Sentrale begreper

Ruslidelse, rusmisbruk, rusavhengighet og rusproblem vil bli brukt synonymt i oppgaven. En ruslidelse karakteriseres av at den som har dette opplever en sterk trang til å innta rusmiddelet, har problemer med å kontrollere inntaket og å avslutte bruken. Abstinenssymptomer og toleranseutvikling sees etter en tid. Rusbruken opprettholdes tross negative og skadelige konsekvenser. Om det foreligger et rusproblem defineres ikke i denne studien ut i fra diagnostiske kriterier. Studien bygger på et relasjonelt perspektiv som legger til grunn en forståelse av at det eksisterer et rusproblem når bruken av rusmidler virker forstyrrende inn på de oppgaver og funksjoner som skal ivaretas i familien, og/eller de følelsesmessige bånd mellom mennesker belastes og forstyrres av en annens rusbruk (Hansen 1990, s.7).

Pårørende i studien er personer som har nær familiær relasjon til en med rusproblemer.

Belastning viser til den stressor, byrde og påkjenning de pårørende kan oppleve ved å være i nær relasjon til en rusmisbruker.

Stress er i utgangspunktet en nøytral betegnelse, og viser til de fysiologiske, atferdsmessige, emosjonelle og kognitive responser som følger av virkelige eller imaginære stimuli som oppfattes å forhindre mål eller som virker truende (Lazarus & Folkman, 1984).

Mestringsstrategier er tankemessige, intrapsyriske (bevisste eller ubevisste) eller konkrete handlingsmessige strategier som brukes for å forsøke håndtere en belastning/stressor.

Hensikten med mestringen er å forandre de skadelige betingelsene i omgivelsene, å tolerere og tilpasse seg negative begivenheter og realiteter, å opprettholde et positivt selvilde, å bevare en følelsesmessig balanse, samt å bevare et tilfredsstillende forhold til andre mennesker. Det skilles gjerne mellom to hovedkategorier mestringsstrategier; 1)

Problemfokusert mestring som forstås som konstruktiv håndtering av stresset og hvis mulig å endre situasjonen, og 2) Emosjonsfokusert mestring som forstås som følelsesregulering rettet

mot å minimalisere indre uro og distresset aktivert av den aktuelle stressor (Lazarus & Folkman, 1984).

1.4 Tidligere forskning og teori

1.4.1 Tidligere forskning

Forskning på konsekvensene for pårørende ved å leve i tett relasjon med en rusmisbruker er solid. Partnere til og barn av mennesker med ruslidelse er mest studert, mens foreldre og søsken som pårørende grupper har vært mer begrenset (Lindgaard, 2008). Systematiske litteratursøk utført i forbindelse med denne studien viste imidlertid at det er gjennomført få studier på temaet mestring hos pårørende til rusmisbrukere. Dette er i tråd med det Orford og kollegaer (forskningsgruppe tilknyttet universitetet i Birmingham) (Orford et al., 2005) fant, og som førte til deres omfattende forskningsarbeid både ved kvalitative og kvantitative metoder, på stress og mestring hos pårørende til mennesker med ruslidelse i England, Mexico og Australia (Orford, 2012b; Orford et al., 2005; Orford et al., 1998a; Orford et al., 1998b; Orford et al., 2001; Velleman & Orford, 1999). Deres funn vil være en tilbakevendende referanse i denne oppgaven.

Norsk forskningsbasert kunnskap om pårørende til mennesker med ruslidelser er også begrenset, men det vil i oppgaven henvises til de norske studiene som er funnet og til deres bidrag til den kunnskap vi har om pårørende til mennesker med ruslidelser så langt. Danske Lindgaard`s forskning på avhengighet og familier (Lindgaard, 2002, 2006, 2008) vil videre være en sentral referanse.

1.4.1.1 Pårørendes belastninger og psykiske helse

Pårørende er ingen homogen gruppe. Situasjonen oppleves individuelt, og faktorer som påvirker pårørendes helse er blant annet knyttet til den rusavhengiges rusmønster, atferd, samtidige somatiske og psykiske lidelser, sosioøkonomiske forhold og livssituasjonen vedkommende og den pårørende er i. Videre har ulike forhold hos den pårørende selv, og ikke minst relasjonen mellom den rusavhengige og den pårørende betydning (Bøckmann, 2010; Storbækken & Iversen, 2009). Å være pårørende kan derfor omfatte svært ulike situasjoner, man kan være involvert i ulik grad og på ulikt vis. Som partner kan man være følelsesmessig og økonomisk avhengig, som forelder vil man kunne føle mer på skyld og ansvar, og som

barn av en misbruker kan man være dypt avhengig på de fleste områder (Lindgaard, 2008). I parforhold der den ene part har et alkoholproblem er det funnet et forhøyet nivå av utilfredshet og innbyrdes konflikt mellom ektefeller/samboere (Lindgaard 2008). Bancroft og medarbeidere (Bancroft, Wilson, Cunningham-Burley, Backett-Milburn & Masters, 2004) fant at partnere til mennesker med rusproblem oftere enn andre pårørende rapporterte om fysisk vold, krenkelser og truende atferd, mens foreldre oftere rapporterte om manipulasjon og avvising fra den rusavhengige. Blant ungdom sees at økt forekomst av ulike psykososiale problemer som voldsutsatthet, dårlig psykisk helse og dårlige foreldrerelasjoner, har sammenheng med økende hyppighet av hvor ofte de ser sine foreldre beruset (Rossow et al., 2009).

Det er ulikheter i opplevd belastning, samtidig viser litteraturen at det finnes mange sammenfallende belastninger hos pårørende til mennesker med rusproblem. Det fremkom i Orford et al.'s (2005) oppsummeringer at de belastninger pårørende til mennesker med ruslidelser tilkjenner er påfallende like uavhengig land og kultur. Blant dem er stress knyttet til bekymring og usikkerhet for den rusavhengige, til endringer i relasjonen med den rusavhengige (inkludert opplevd personlighets- og atferdsendringer hos den rusavhengige), samt stress knyttet til økonomisk belastning, utnyttning, svindel og utpressing. Pårørende til rusmisbrukere må forholde seg til stor uforutsigbarhet, redsel, konsekvenser av uansvarlighet, krenkelser, konflikter og usikkerhet med tanke på fremtiden. De pårørende rapporterer om gjentatte kriser, kronisk sorg, en opplevelse av alltid måtte være på vakt, og en konstant venting på bedring, forverring, nye kriser, mulig død. Videre fremkommer at taushet og tabu om problemene ofte eksisterer både innad i familien og utad. Familien opplever endrede relasjoner, forstyrret rollemønster og kommunikasjon, økonomiske vansker, tap av sosial støtte og nettverk, isolasjon, ensomhet, stigma, skyld og skam. Familiens problemløsnings- evne kan bli påvirket, slik at familien ikke har overskudd eller evner til å løse problemer, men i stedet føler hjelpeløshet og avmakt. Pårørende må håndtere den avhengiges humør- svingninger, uforutsigbare atferd, abstinenssymptomer og russug. Ofte kommer de pårørendes egne følelser og behov i andre rekke (Bøckmann, 2010; Copello & Orford, 2002; Grimstad, 2009; Lindgaard, 2008; Orford et al., 2005). Pårørende blir altså direkte påvirket, fysisk, psykisk og sosialt av å leve tett på en rusmisbruker, dels er det en mer indirekte påvirkning, som handler om å være vitne til, å leve sammen med eller tett på, et menneske med utpreget selvdestruktiv atferd, og for noen på grensen mellom liv og død (Lindgaard, 2008).

Kvantitative studier med fokus på bakgrunn og belastninger hos pårørende pasienter har vært gjennomført av Borgestadklinikken (behandlingsinstitusjon og kompetansesenter for rus). Det fremkom i dette materialet at pårørende pasientene (18-75 år) var en gruppe med store livsbelastninger som ga utslag i fysiske og psykiske helseplager. De hadde opplevd en rekke krenkelser fra den de var pårørende til: Verbal trakassering, trusler om vold, vold, selvmordstrusler, selvmordsforsøk og økonomisk utpressing. Mange rapporterte også om at skole, arbeidssituasjon og aktiviteter utenfor hjemmet ble påvirket negativt på grunn av fokuspersonens rusmiddelmissbruk (Grimstad, 2009; Kristiansen & Myhra, 2013). At den pårørendes arbeidsdeltakelse kan bli påvirket understøttes av funn i en studie blant 82 foreldre til norske stoff misbrukere (Solvoll, 2001). Nordlie (2003b) viste i et utvalg av 273 pårørende pasienter (hvorav 230 kvinner) ved Borgestadklinikken betydelige somatoforme plager. Nordlie forklarte funnene med de store gjentatte psykiske påkjenninger med dårlig bearbeiding som pårørende i rusfamilier kan oppleve, som kan gi langvarige følger som forskjelligartet psykisk ubalanse, atferdsendring, symptomer fra det vegetative nervesystem og det hormonelle system. Symptomene anses som avhengige av press situasjonens varighet, kontinuitet og hyppighet, samt av hjelp og avlastning. Av betydning er også alder, arv og personlige evner. Reaksjonsmønstre fra det sympatiske nervesystem kan være genetisk betinget, mens i noen familier spiller tillærte reaksjonsmønstre en stor rolle. Særlig barn vokst opp i hjem som er rusbelastet synes å ha relasjonelle og emosjonelle vansker (Nordlie, 2003b). Fysiske plager, psykosomatiske reaksjoner og psykiske plager som søvnevansker, depressivitet og angst ble også funnet i en kvalitativ studie av foreldre til misbrukere av illegale rusmidler (Høie, 2005).

Pårørende til rusavhengige opplever ofte ikke sosial støtte i en slik grad en skulle tenke at mennesker i slik belastet situasjon ville få. Hindringer som er blitt rapportert var de pårørendes egen hemmeligholdelse av rusproblemene, og at andres reaksjoner ofte opplevdes å være lite hjelpsomme. Pårørende kan oppleve manglende overskudd til sosial deltakelse og vil kunne få innskrenket sosialt nettverk (Lindgaard, 2002; Orford et al., 2005).

Å måtte forholde seg til og eventuelt selv søke hjelp i hjelpeapparatet nevnes også som belastende. Å søke hjelp kan oppleves som å ha mislyktes i å ta omsorgen for egne familiemedlemmer (Hasle, 2005), og flere opplever at de i møte med hjelpeapparatet ikke blir involvert, ivaretatt, at de blir stigmatisert og føler seg til bry (Høie & Drottz-Sjøberg, 2007). Mange opplever tilbudet i helse og sosialtjenestene som mangelfulle (Bøckmann, 2010).

En ny studie blant en sammenlignbar gruppe; 226 pårørende til mennesker med alvorlig psykisk lidelse, viste at det innebar betydelig belastning å være pårørende og at de pårørende hovedsaklig hadde negative opplevelser i møte med helsepersonell i psykisk helsevern. De hadde et udekket behov for både praktisk og emosjonell støtte (Weimand, Hedelin, Sallstrøm & Hall-Lord, 2010). Funnene viste at belastning korrelerte negativt med god helse, og de pårørende i studien hadde dårligere helse enn normalbefolkningen. Spesielt skåret pårørende-gruppen lavt på områdene psykisk helse og grad av vitalitet. Samtidig som også positive erfaringer, som å ha fått et annet perspektiv på livet, ble nevnt (Weimand et al., 2010).

Samlet viser forskningen at pårørende kan være sterkt belastet. På lang sikt sees endringer i både fysisk og psykisk helse hos de pårørende (Anda et al., 2002; Bøckmann, 2010; Copello & Orford, 2002; Grimstad, 2009; Kristiansen & Myhra, 2013; Lindgaard, 2002; Nordlie, 2003b; Orford, 2012a; Skartveit, 2010; Storbækken & Iversen, 2009).

1.4.1.2 Pårørendes bruk av mestringsstrategier

Pårørende rapporterte i Orford og kollegaers (2005) studier at de hadde et sterkt behov for å gjøre noe med situasjonen de og deres familiemedlem(mer) var i. De lette etter hva de kunne gjøre og hva som var de beste mestringsmåter. Pårørende var ofte i villrede på hvordan de best skulle håndtere rusatferden og støtte den rusavhengige. Av og til mente noen å ha funnet en god strategi, men som regel opplevde de ambivalens og å stå i mange dilemmaer. De inngikk kompromisser, følte seg frustrerte og hjelpeløse. Pårørende så som oftest fordeler og ulemper ved alle strategier, og måtte veie mellom mange hensyn å ta i en familie. Hvilke hensyn som skulle veie tyngst og når, var vanskelig å vurdere. Ofte ble "husfreden" prioritert. Det fremkom at verken pårørende eller fagpersonell hadde noen fasit på hvordan best å agere. Det at også hjelpepersonell som oftest var usikre og ikke hadde råd å gi opplevdes frustrerende for pårørende (Orford et al., 2005).

Orford et al. (2005) fant videre at det var tre overordnede mestringsstrategier de pårørende benyttet seg av; å forsøke kontrollere og begrense rusbruken ("standing up"), å forholde seg passivt/tolerere ("putting up"), eller å trekke seg unna den misbrukende emosjonelt og fysisk ("withdrawing"). Forskerne mente å finne at den mest destruktive strategi for den pårørende selv og dens helse var å forholde seg passivt/tolerere. De fant videre at mestringspreget av

fiendtlighet, konfrontering, korreksjon, kritikk og emosjonell negativitet ikke var effektiv, verken for pårørende selv eller rusmisbruker (Orford et al., 2005).

I en norsk kvalitativ studie ble 12 foreldre til ungdom med narkotikaproblem intervjuet for å undersøke deres stressreaksjon og mestringsarbeid i forbindelse med sitt barns narkotikamisbruk (Høie, 2005). Funnene viste at foreldrene brukte et varierende repertoar av mestringsstrategier fremfor fastlåste reaksjonsmønstre, både problemfokuserte og emosjonsfokuserte strategier i samsvar med varierende situasjonsvurderinger. Når situasjonen eller oppfatningen av den ikke kunne endres, ble strategier for å redusere angsten som oppstod benyttet. De viktigste emosjonsfokuserte strategiene var selvtrøst, oppmuntring, søke sosial støtte eller unnvike. Problemfokuserert mestring viste seg for eksempel ved å ta kontroll på egne aktiviteter og ved å forby rusing i hjemmet. Hos mange foreldre var problemfokuserert mestring fremtredende den første tiden etter at rusmisbruket var avdekket; alt ble satt inn for å hjelpe barnet ut av dette. Etter hvert som skuffelser og nederlag erfartes syntes det som en økende grad av emosjonsfokuserert mestring ble benyttet. I perioder da foreldrene opplevde å være uten påvirkningsmuligheter, brukte de mer lindrende strategier, som for eksempel forsøke å akseptere det som hadde skjedd. I bedre faser hos barnet kunne igjen troen på rusfrihet vekkes, og mer aktive strategier som å motivere til behandling ble på nytt forsøkt. Det å søke sosial støtte og finne noen å snakke med betydde mye for foreldrene som ble intervjuet (Høie & Drottz-Sjøberg, 2007). At foreldre etter en viss tid og mengde belastninger i større grad velger å trekke seg unna, understøttes i funn fra australsk kvalitativ forskning på foreldre til ungdom med rusmisbruk (Usher, Jackson & O'Brien, 2007).

Barns mestringsforsøk i oppveksthjem preget av rus har blitt oppsummert ved en kvalitativ undersøkelse av 40 voksne barn av rusmisbrukere som selv var i behandling (Hansen, 1985). De nå voksne barna fortalte om varierende mestringsforsøk bl.a. ved å ta voksenansvar, forsøke ikke være til bry, skape god stemning, holde "rushemmeligheten" innad i familien, forsøke skape mening i sterke opplevelser uten hjelp av de voksne, og forsøke å undertrykke egne følelser og reaksjoner. Oppsummerende opplevde de oftest at ingenting nyttet med tanke på å løse eller redusere familiens problemer. Hos voksne barn av alkoholikere fant Lindgaard (2005) uhensiktsmessige mestringsstrategier med fokus på emosjonsfokuserert mestring og unnvikende mestring, fremfor problemfokuserert mestring. For barn i en familie preget av rus vil slik mestring ofte være den eneste mulige og sunne reaksjon, men som voksen vil den kunne være uhensiktsmessig og uttrykk for en hjelpeløshet, følelse av avmakt, og at man ikke

er ”aktør i eget liv”. Hvordan barn håndterer sine følelser og omgivelser i oppvekst påvirker deres utvikling og mestringsstil, og kan gi psykiske vansker også i voksen alder. At barn vokst opp i hjem preget av voksnes rusbruk har en forhøyet risiko, for blant annet psykiske problem og eget rusmisbruk, synes veldokumentert (Anda et al., 2002; Hansen, 1985; Kirkengen, 2009; Lindgaard, 2002; Torvik & Rognmo, 2011; Velleman & Orford, 1999). Til tross for dette viser forskning at de fleste voksne som har vokst opp i familier med alkoholproblem klarer seg bra (Haugland, 2003).

Søsken til rusmisbrukere følte seg ofte oversett og ”glemt” (Myhra, 2004). Søsken hadde kjærlighet for, sorg over, frykt og fortvilelse for sitt rusmisbrukende søsken, for sine foreldre som strevet, og for familien som kunne være preget av sorg og splittelse. Søsken forsøkte både å håndtere egne problemer fulgt av å være søsken til en rusmisbruker, og å finne ut hvordan de kunne hjelpe og fungere som mellommann i konflikter mellom foreldrene og den rusavhengige søsteren/broren. Det er for øvrig lite forskning på hvordan søsken påvirkes og mestrer (Lindgaard, 2008).

I en dansk undersøkelse blant 415 pårørende til alkoholavhengige og 210 alkoholavhengige i behandling 2004-2006 fant Lindgaard (2008) at de pårørende brukte opptil 4 ganger mer helsetjenester enn allmennbefolkningen. Studien fant videre at ¼ del av de pårørende brukte mer alkohol enn de pleier, 1/3 at de spiste mer eller mindre, og ½ parten brukte røyk, når de ble utsatt for stress. I dette materiale brukte kun et fåtall pårørende medisin som hjelp til stressmestring. Funnene i dette er andre enn det Borgestadklinikken fant i sin tidligere nevnte kartlegging av pårørende pasienter. Halvparten i det norske materialet hadde siste halvår brukt medikamenter som angstdempende, sovemedisiner, muskelavslappende, sterke smertestillende, antidepressiva eller annet foreskrevet fra lege (Grimstad, 2009).

Ulikheter mellom kjønn ble funnet i en behovsundersøkelse blant pårørende til rusmisbrukere utført av Bergensklinikkene (Storbækken & Iversen, 2009). Kvinner oppga større hjelpebehov enn menn, og mens kvinner primært ønsket hjelp til sosial og psykologisk mestring, hadde menn i større grad hjelpebehov når det gjaldt praktisk mestring. Søsken ga uttrykk for at de først og fremst hadde et kunnskapsbehov.

Oppsummerende har tidligere forskning vist at pårørende til mennesker med ruslidelser kjemper med mange og alvorlige dilemmaer og situasjoner, og bruken av mestringsstrategier

for å forholde seg til misbruker og konsekvensene av misbruket er varierende og mangesidige. Noen strategier synes mer hensiktsmessig enn andre for den pårørendes helse, som å forsøke påvirke rusbruken eller å trekke seg unna den misbrukende emosjonelt og fysisk, mens den mest destruktive strategi for den pårørende selv og dens helse var å forholde seg passivt eller være kritisk konfronterende (Orford et al., 2005).

1.4.2 Teoretiske perspektiver på pårørendes problematikk

Pårørende til rusavhengiges særlige situasjon og problemstillinger har blitt forstått gjennom ulike teoretiske perspektiv. Velleman et al. (Velleman, Copello & Maslin, 1998) presenterer 6 ulike tilnærminger for å forstå kvinnelige pårørendes vansker og håndtering. Perspektivene kan i følge forfatterne grovt kategoriseres i to grupper de benevner som; 1) ”Patologiserende modeller”, herunder forståelsen om ”medavhengighet” (Cutland. Liz, 1998), psykodynamisk forståelse (Cottman, 1998) og familiesystem perspektivet (Vetere, 1998), og 2) ”Mestringsmodellen” (Orford, 1998). Grunnforståelsen i mestringsmodellen bygger på at rusrelaterte samspill kan oppstå i alle relasjoner mellom alle typer mennesker, der mennesker bryr seg om den som ruser seg og vil hjelpe. Den pårørendes reaksjoner og atferd ansees som en normal respons på de unormale belastninger rusbruken fører med seg. Orford (1998) mener å finne at også venner opplever misbruket og reagerer på lignende måter som familie-medlemmer. Det kan indikere at det er avhengighetens natur og hva den gjør med relasjoner som har størst betydning for pårørendes mestringsforsøk, fremfor visse personlighetstrekk og relasjonsbånd. Videre beskrives i Velleman et al. (1998) ”samfunnsperspektivet” (Fryer, 1998) og ”feministperspektivet” (Ussher, 1998) som begge vektlegger betydningen av å forstå pårørende i en større kontekst, der de fleste psykologiske tilstander er et resultat av gjensidig samspill over tid mellom mange faktorer på mange nivå, og der kjønnsrollen kvinner har er en faktor som påvirker deres mestring av rusproblematikken. At det synes som det er et kjønnsrollemønster i at kvinner som pårørende i større grad engasjerer seg og støtter den som har et rusproblem, mens menn i større grad distanserer seg, er også en teori Orford etter sin senere forskning fremsetter (Orford, 2012a), og som drøftes av Storbækken og Iversen (2009).

I følge Lindgaard (2008, s. 70-81) kan relasjonen mellom pårørende og misbruker forstås ut i fra 4 overordnede forståelsesrammer: 1) Den reaktive som anerkjenner at familien har utviklet fysiske og psykiske forstyrrelser som en reaksjon på misbruksproblemene, 2) Den patologiske der nære pårørende ansees for å ha sin egen unike patologi og medvirkende til at misbruket opprettholdes, ofte benevnt som medavhengighet, 3) Den kausale forståelsesrammen som

anser familien som et system hvor misbruket er et tegn på og/eller har forårsaket dysfunksjonelt samspill og familien som helhet må behandles, og 4) Den samarbeidsbaserte forståelsesramme som anerkjenner familien som offer for og lidende under misbruket, samtidig som familien ansees som en ressurs for behandling av misbruksproblemene. Som oftest brukes elementer fra alle de ulike forståelsesrammene som behandlingsgrunnlag i klinikker.

At *det er* sammenhenger mellom misbruk og relasjoner viser Lindgaard (2008) videre ved systemteori (Steinglass, 1979), kognitiv atferdsteori (Lipps, 1999), sykdomsmodellen/ medavhengighet (Cermak, 1986) og stress-strain-coping-support modellen (Orford et al., 2005), mens *hvordan* misbruk og relasjoner henger sammen og hvilke mekanismer som utspiller seg viser hun ved teorier om utbrenthet (Figley, 1998), traumer (Nordlie, 1995), Batesons teori om ”det alkoholistiske selv” (Bateson, 1992), samt Ripleys bio-psyko-sosiale kausale modell for alkoholmisbruk og par-famile dysfunksjon (Ripley, Cunion & Noble, 2006).

I lys av traumeteorier kan livet med en misbruker under visse omstendigheter være preget av hendelser som kan være traumatiske, og pårørende vil være i risiko for å utvikle Post traumatisk stress syndrom (PTSD) (Nordlie, 1995, 2003b). Om en utvikler PTSD avhenger av faktorer ved situasjonen og ved individet, der det å ha en unnvikende mestringsstil vil kunne resultere i mangelfull bearbeiding av traumatiske opplevelse og antas å kunne øke sannsynligheten for utvikling av PTSD (Eide & Johnson, 2002). Pårørende kan videre oppleve stress som følge av sekundærtraumatisering definert som ”naturlig følgende atferd og følelser som resultat av viten om en traumatiserende hendelse opplevd av signifikante andre – et stress der følger av å hjelpe eller ønske å hjelpe en traumatisert og lidende person” (Figley, 1998, s. 7). Rusavhengige er i høy risiko for ulykker, skader, relasjonelle konflikter, psykiske og fysiske helseplager (Fekjær, 2009) og retraumatisering (Mueser, 2008). I den sammenheng sees at familiemedlemmer som er i kontakt med traumeutsatte kan ha sammenfallende symptom med den traumeutsatte (Barnes, 1998). Utbrenthet eller ”omsorgstretthet” som resultat av en vedvarende involvering i en emosjonelt krevende situasjon anser Figley (1998) også som aktuelt for pårørende. Pårørende kan være i en situasjon der de gir støtte og empatisk kontakt med misbruker over år, ofte uten pause og med vanskeligheter med å kunne trekke seg ut, det kan gi høy grad av stress over tid og forringe helsen.

Pårørendes utfordringer har videre blitt forstått i et krise og sorg perspektiv (Høie, 2005; Høie & Drottz-Sjøberg, 2007). Foreldre til narkomane kan brått oppleve svært kritiske situasjoner, både brått og over tid erfare at de mister mye (sin og barnets trygghet, relasjonen til misbruker, selvaktelse m.m.), og de sørger over tapene. Foreldre til narkomane rapporterte om stadige uforutsigbare nye kriser som måtte håndteres, ofte parallelt med bearbeiding av tidligere hendelser. De fikk ikke tid til varig og legende bearbeiding hvor ”sårene kunne gro”, før nye kriser og tap oppstod. Vedvarende og komplekse krise- og sorgreaksjoner påvirket helse og funksjonsnivå.

Ulike teoretiske perspektiv har bidratt til å forsøke å forstå pårørendes belastende situasjon og samspillet mellom pårørende og den rusavhengige. Mestring synes uansett perspektiv sentralt. Et mestringsperspektiv som vektlegger normalpsykologiske faktorer og ser pårørende som ordinære mennesker som er kommet i en unormal, belastende livssituasjon hvor de kjemper for å finne løsninger og mestre, synes nyttig og er valgt som utgangspunkt for denne studien. Stress og mestringsteorier kan bidra til å forstå og forklare sammenhenger mellom belastninger og helse, og til å forklare ulikheter i opplevd stress, mestring og psykiske helseplager (Malt & Mykletun, 2012). Tre utvalgte stressmestringsteorier som er vurdert som særlig relevante vil derfor videre presenteres.

1.4.3 Teorier om stress og mestring

Det er utviklet mange teorier om stress og mestring, forskningsfeltet er bredt og har vært i stor utvikling siden Cannon (1932) beskrev flykt eller kjemp responsen på persipert trussel. En som tidlig definerte stress var Seley (1956) som primært hadde et biologisk perspektiv og hevdet at alle stressfaktorer, uansett type, produserer samme fysiologiske respons som består av tre faser; alarm, motstand og utmattelse, før kroppen igjen finner tilbake til sitt normale aktiveringsnivå (”The general adaption syndrom”). Om individet ble for lenge eller gjentatte ganger i utmattelsesfasen, kunne vedkommende bli syk. Seley skilte mellom eustress, det positive stresset som fremmer prestasjon, og distress, det negative stresset som kan gjøre folk syke. Seleys modell ga lite rom for psykologiske faktorer, og senere forskning har vist at de fysiologiske responsene ikke er så like som Seley trodde (Rice, 2012).

Stressforskningen som eget felt utviklet seg særlig fra 1960 – 1970 tallet og utover (Lazarus, 1993). Holmes og Rahe (1967) la i begrepet stress den stimulus som større livsbegivenheter som krever omstilling og tilpasning representerer. Om kravene til omstilling ble for store,

mange og overveldende, økte sårbarheten for fysisk og psykisk sykdom. Lazarus og Folkman (1984) mente imidlertid det ikke var de store livsbegivenheter og belastninger som medførte størst stress og risiko for sykdom, men de daglige, vedvarende, kroniske ”demands and hassels”, som blant annet avhenger av hvordan mennesker tolker de situasjoner de møter. De utviklet Transaksjonsmodellen for stress (nærmere presentert i kap. 1.4.3.2). Personlighetsfaktorer har videre vært et sentralt fokus i stressforskningen (Carver & Scheier, 2014).

1.4.3.1 The cognitive activation theory of stress (CATS)

The cognitive activation theory of stress (CATS) presenterer en psykobiologisk forståelse av relasjonen mellom stress og helse og beskriver hvordan stress virker i kroppen (Ursin & Eriksen, 2004; Ursin & Eriksen, 2007; 2010). CATS fremhever at ved uventede hendelser eller store krav vil hjernens oppfattelse og den kognitive vurderingen av stressor ha konsekvenser for om kroppen blir satt i alarmberedskap (arousal) ved at det autonome nervesystem aktiveres og produksjonen av adrenalin og kortisol stiger. Om organismen oppfatter og vurderer at homeostasen i kroppen eller liv er truet, når det som forventes som normalt avviker fra det som faktisk skjer i situasjonen, vil kroppens alarmsystem vekkes. Når faren er over slapper kroppen igjen av. Kroppens aktiveringsnivå vil igjen påvirke en persons persepsjon og psykologiske prosesser og derfor ha betydning for de vurderinger som gjøres og handlinger som foretas. Alarmreaksjonene er i utgangspunktet sunne og gode når mennesket møter stressorer. På kort sikt (og over tid om individet får hvilt innimellom) er den økte aktiveringen sunn, avgjørende for tilpasning, overlevelse og kan være prestasjonsfremmende. Men over lengre tidsintervaller er den potensielt skadelig. Helsekadelig stress og vedvarende aktivering kan oppstå når de begivenheter som stresser oss oppleves ukontrollerbare og ikke forsvinner, men vedvarer over uker, måneder og år, som et familiemedlems rusmisbruk kan gjøre. Kroppen vil da kunne være i konstant høy beredskap, som kan medføre redusert ivaretagelse av behovene for mat, søvn og hvile, hvilket kan gi ytterligere belastning og slitasje på helsen. Symptomer på langvarig stress kan være nedsatt konsentrasjon, depressive symptom, nedsatt immunforsvar og hjerte- og kar sykdommer. Langvarig negativt stress kan videre gi opplevelse av hjelpeløshet eller håpløshet, som kan innebære bekymring og indre uro, som igjen forsterker og opprettholder kroppens alarmberedskap (Ursin & Eriksen, 2007).

Ursin og Eriksen (2007) fremholder at det er våre forventninger til om utfordringen kan løses, som avgjør hvorvidt kroppen reagerer med stress. Kroppen reagerer like sterkt på

forventningen til en stressor som å bli utsatt for selve stressoren. Hvilken forventning man har, og dermed forutsetninger for å håndtere stress, er ulikt hos mennesker, bl.a. med bakgrunn i personlighet og tidligere erfaringer. I følge CATS er mestring kun til stede om det er forventning om at en handling vil virke. Hjelpeløshet og håpløshet er det motsatte av mestring og kan bli resultatet når personen ikke vet hva som kan gjøres eller vurderer at det ikke er mulig å gjøre noe. Stresshåndtering handler således om å skape positive forventninger til at en situasjon vil gå godt, eller at man vil klare seg om det går dårlig. Det blir vesentlig at den enkelte får støtte, hjelp og veiledning til stresshåndtering (Ursin & Eriksen, 2010).

1.4.3.2 Transaksjonsmodellen

Stress som transaksjon, en kognitiv, kontekstuell, relasjonell og motivasjonell forståelse av stress, ble utviklet av Lazarus og Folkman (1984). Disse var opptatt av dynamikken ved belastende hendelser, og anså stress som et resultat av transaksjonen mellom individ og miljø. Stress oppleves når det er diskrepans mellom krav i miljøet og individets ressurser. Når viktige verdier eller mål blir utfordret, truet eller tilintetgjort, opplever mennesket en psykologisk stress situasjon. Mennesket vil søke å imøtegå, unngå eller klare denne stresssituasjonen på forskjellig vis. Nivået av stress ligger ikke kun i stressor, men i vurderingen (eng. appraisal) av stressor. Når noe skjer foretas først en primær vurdering, der det vurderes om man allerede er skadet, står i fare for å bli det, eller om dette kan snus til egen fordel. Vurderingen omhandler videre om det som skjer er relevant for vedkommendes verdier, mål, viktige relasjoner, grunnleggende tanker og tro om seg selv og omverdenen, og i tilfelle på hvilken måte. Sekundærvurderingen består av at vedkommende vurderer sin mestringsevne og ressurser, og om de er tilstrekkelige for å håndtere situasjonen. Må det ageres, hva kan gjøres, hvordan og når, hvilke fordeler og ulemper det er ved de ulike alternativ, hvilke er best, vil man kunne klare det og med hvilke omkostninger? Stressnivået den enkelte får gis av forholdet mellom primær og sekundærvurdering. Når det er stor skade eller trussel og mestringsevnen er lav, vil grad av stress være høy, mens når skade eller trussel vurderes lav og mestringsevnen høy vil resultatet være et lavt stressnivå.

I følge Lazarus og Folkman (1984) blir mestring initiert som en respons på stress som har skapt negative følelser, og mestringens første mål er ofte å nedregulere negative følelser som er stressfulle i seg selv og som kan komme i veien for mer problemfokustert mestring av situasjonen. Vurderingsprosessene kan variere i bevissthetsgrad fra ubevisst, som

forsvarsmekanismer, til en klar og reflektert bearbeidelse av situasjonen. I det tredje trinn i mestringsresponsen foretas en revurdering og evaluering om en har lyktes i å mestre på en god måte. Om individet ikke har funnet en god mestring vil negative emosjoner dominere, mens dersom individet vurderer å ha funnet en god løsning vil positive emosjoner være fremtredene. Effektiv mestring betyr ikke udelte positive følelser, men å klare å håndtere de negative.

Mennesker reagerer følelsesmessig ganske likt stilt overfor plutselige eller langvarige påkjenninger, samtidig er alle individer ulike ut fra egen forhistorie, erfaringer, kunnskaper og alder. Hva som anses som et tap eller trussel for den enkelte må forstås i lys av individets verdier, mål hierarki, grunnleggende antakelser/tro/leveregler, ressurser, mestringsstil og prosess. Hva mennesker vurderer som viktig for seg og sitt velvære er påvirket av hvor følelsesmessig ødeleggende tapet vil bli, og hvilke mestringsvalg som må tas for å håndtere det. Det finnes ingen oppskrift på hvordan vansker skal mestres. Om mestringsprosessen er hensiktsmessig eller ikke kommer an på den aktuelle person, den aktuelle stressor, type trussel, konteksten, hvilken fase i møte med stressor det er, samt på forventet utfall på sosial fungering, helse og subjektivt velvære. Mestringsprosessen vil således endres over tid da både konteksten og vurderingen av trusselen vil endres. Mestring er en prosess (Lazarus, 2012).

Carver og kollegaer videreutviklet Transaksjonsmodellen (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) med inkludering av perspektiv fra teori om "Behavioral self regulation" og motivasjon (Carver & Scheier, 1981, 1998; Rasmussen, Wrosch, Scheier & Carver, 2006). I dette perspektivet sees all atferd, også mestringsatferd, som målorientert. Mennesket agerer på en måte som vurderes å på lang sikt gi de beste konsekvensene for en, og på en måte som er i tråd med vedkommendes dypeste verdier og mål. Menneske har biologiske tendenser til å unngå fra trusler og ubehag og tilnærme seg ønskede situasjoner og følelser, samtidig vil menneske også fra et målbasert perspektiv ha tendens og motivasjon til å nærme seg mål vedkommende har satt seg, og holde seg unna trusler mot disse. Forventning om å kunne lykkes i å nå sine mål er sentral for motivasjonen, og mestringsatferden blir regulert ved de kontinuerlige tilbakemeldinger individet får på om en har lyktes eller ikke i å nærme seg sine mål. Grunnleggende verdier og mål som er nedfelt i personligheten synes derfor å være viktige faktorer å ha med for å forstå hvordan individet vurderer situasjonen og for valget av mestringsstrategier (Carver & Connor-Smith, 2010).

Også Carver et al. (1989) understreker at det ikke finnes en universell god eller dårlig mestring. I ulike faser brukes ulike strategier, og oftest brukes strategiene komplementært. Det som er mest effektivt i et øyeblikk er ikke nødvendigvis det i neste. For eksempel kan benkting være adaptivt ved ny kritisk informasjon, slik at individet gradvis kan orke å ta det smertefulle innover seg, men benekting er oftest ikke adaptivt over tid. Å oppsøke sosial støtte kan være adaptivt om dette brukes til å ventilere følelser og sette seg i stand til annen problemløsning, men som kan bli maladaptivt om personen ikke i tillegg kommer videre med andre mestringsforsøk og tilpasning, som eksempelvis ved sorg (Carver et al., 1989).

Likevel er noen strategier trolig oftere mer adaptive enn andre. Problemfokuset mestring har i stressmestringsforskning og teori vært fremhevet som mest adaptive med tanke på å opprettholde god helse. Studier på bruk av mestringsstrategier har vist at en overveiende bruk av emosjonsfokusede mestringsstrategier øker symptomer og stress, og at aktiv problemfokuset mestring er assosiert med mindre mentalt stress (Carver & Connor-Smith, 2010; Lazarus, 2012). Andre studier har imidlertid vist at det å ta ansvar og aktivt forsøke å løse og endre situasjoner og problem, er potensielt skadelig der problemet er utenfor ens kontroll (Aldridge & Roesch, 2007; Lazarus & Folkman, 1984), hvilket ofte erfarer ved rusmisbruk. Tennen og kollegaer (2000) mente videre at det er slik at mennesker typisk bruker emosjonsfokusede strategier i stor grad når de har forsøkt problemfokusede, men ikke har lyktes med det. Dette er i tråd med Høie`s (2005) funn i studien av pårørendes mestring.

1.4.3.3 Personlighet og mestring

Transaksjonsmodellen forklarer individuelle ulikheter i mestring bl.a. ved at mennesker vurderer situasjoner ulikt. Siden opplevd stress blir påvirket av psykologiske faktorer som persepsjon, tenking og vurdering, har individers ulike personsegenskaper betydning. Carver og Scheier (2014) påpeker at personlighet influerer på mestring på mange måter. Også før mestringsrespons er påkrevet påvirker personligheten hvor ofte en blir eksponert for stressorer og type stressorer. Videre har personligheten betydning for vurderingen når en opplever belastninger (Carver & Scheier, 2014; Vollrath, 2001). I forskning på personlighetstrekk og grad av robusthet i møte med stressorer, har man funnet at mennesker med høy grad av nevrotisisme, dvs. personlighetstrekk kjennetegnet ved tendens til å bli lett bekymret, til å gruble, til å være sårbar for andres kritikk og usikker på seg selv (type A personlighet), og personer med høy grad av pessimisme og affektiv negativitet, er mer sårbare (Malt &

Mykletun, 2012). Videre vil individuelle ulikheter i grad av generell optimisme versus pessimisme som grunnholdning ha betydning for mestring (Carver, Scheier & Segerstrom, 2010). Optimisme viser til en grunnleggende forventning om at gode ting vil hende i fremtiden og at en vil klare seg godt, og medfører en engasjert tilnærming til livet, en tro på at positive utfall krever innsats. Optimisme er relatert til engasjerte aktive mestringsmåter som problemløsning og kognitiv restrukturering, forsøk på å endre og forebygge stressfulle hendelser (Nes & Segerstrom, 2006), og også assosiert med bedre generell helse, bedre psykisk helse og med å være aktiv i å ivareta egen helse (Carver et al., 2010). Optimisme har videre sammenheng med fleksibel bruk av mestringsstrategier når vansker oppstår og å kunne bruke den mest hensiktsmessige strategi for å matche type stressor (Carver & Connor-Smith, 2010). Funn indikerer at optimister har bedre sosiale relasjoner, bl.a. fordi de jobber hardere med relasjonene (Carver & Scheier, 2014). Å være grunnleggende optimistisk kan gi større resiliens for stressorer og holdningen kan gi en stressbuffer effekt (Rice 2012). Optimistisk grunnholdning som en sentral personlighetsfaktor passer inn i en målbasert forståelse av atferd og selvregulering, og har derfor vært mye i fokus i mestringsforskning og litteratur (Carver & Connor-Smith, 2010).

Selv om personlighet og mestring er relatert er likevel ikke mestring en direkte manifestasjon av personlighet under vanskelige forhold. Nyere forskning viser at mestringsmåter er mindre stabile enn personlighet (Carver & Connor-Smith, 2010), og Carver og Scheier (2014) skiller mellom disponibel mestring og situasjonsbetinget mestring. Stressors kontrollerbarhet, kompleksitet, intensitet, varighet og forståelighet, samt omgivelser, sosiale forventninger, roller og relasjonelt samspill er sentrale faktorer for grad av opplevd stress og for mestringsresponsen. Det er flere mestringsmuligheter for hvert enkelt menneske, men den enkeltes muligheter er allikevel begrenset av og påvirket av samspillet med familie, venner og øvrige omgivelser som også skal mestre situasjonen (Lazarus, 2012).

1.4.3.4 Stress-strain-coping-support modellen (SSCS)

Stress- belastning – mestring - støtte modellen (min oversettelse), er en mestringsteori utviklet på bakgrunn av hvordan pårørende til rusmisbrukere selv har sagt at de forsøker mestre sin situasjon med å leve tett på en rusavhengig (Orford et al., 2005; Orford et al., 1998a). Teorien bygger også på Transaksjonsmodellen (Lazarus & Folkman, 1984) og på teori om sosial støtte som buffer mot konsekvensene av stress (Cobb, 1976; Cohen & Syme, 1985). Orford et al.

mener at pårørende i mange henseende har blitt sett negativt på og sykelliggjort, og at begreper som ”medavhengighet” kan indikere at familiemedlemmene gjør noe galt og er skyld i at rusbruken videreføres. I deres SSCS modell ansees ruslidelsen som lik andre vedvarende lidelser, og at det ikke er de pårørendes feil at det eksisterer et problem. At familien forsøker å hjelpe den rusavhengige og endre situasjonen synes som en hensiktsmessig ting å gjøre.

Grunnleggende i denne modellen er videre antakelsen om at pårørende ikke er totalt maktesløse, de kan bedre både sin egen helse og ha en påvirkning på familiemedlemmets rusbruk. I følge Orford (2005) forsøker pårørende å mestre sin belastende situasjon på 3 hovedmåter: 1) ”Putting up”, som innebærer en stor kategori av strategier som aksept av rusbruken, selvoppofrelse, støtte opp om den rusavhengige ukritisk, være passiv og resignere. 2) ”Withdrawing”, som innebærer å forsøke å ta avstand, trekke seg tilbake, kjempe for sine rettigheter og uavhengighet til den med rusproblem, bry og involvere seg mindre, involvere seg mer i andre relasjoner og aktiviteter, og 3) ”Standing up”, der en prøver kontrollere eller bekjempe rusbruken, understreke de negative følgene av den, oppfordre til behandling eller forsøke redusere rusbrukens negative konsekvenser.

SSCS modellen skisserer to hovedmåter å redusere stress på; enten ved å redusere alvorligheten og intensiteten av stressor ved at rusmisbrukeren mestrer sitt problem bedre eller slutter, eller ved at pårørende mestrer bedre sin situasjon ved bruk av hensiktsmessige strategier og støtte. Familiemedlemmene kan enten bli støttet eller forhindret i å mestre situasjonen godt, avhengig av hvordan deres sosiale nettverk agerer (Lindgaard, 2008; Velleman & Templeton, 2003). Sosial støtte har vist seg svært viktig for den psykiske helsen både for allmenn befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2014) og i forskning på pårørende (Høie, 2005; Kuipers & Bebbington, 2004; Orford et al., 2005). Familiene sees i henhold til SSCS modellen ikke på som dysfunksjonelle som trenger behandling, men familier som trenger informasjon og veiledning til å hjelpe seg selv.

1.5 Problemstilling og forskningsspørsmål

Med unntak av kvalitative studier er det forsket lite på mestring hos pårørende til mennesker med ruslidelse i Norge. På bakgrunn av tidligere funn, både norske og internasjonale, var målet med denne kvantitative tverrsnittsundersøkelsen å undersøke pårørendes mestring og sammenhengene mellom belastning, personlighet, mestring og psykisk helse hos pårørende til

rusmisbrukere i en norsk populasjon. Følgende problemstilling og forskningsspørsmål ble formulert:

Problemstilling:

Hvilke sammenhenger er det mellom belastning, personlighet, mestring og psykisk helse hos pårørende til mennesker med ruslidelse?

Forskningsspørsmål:

1. I hvilken grad opplever pårørende til mennesker med ruslidelse belastninger knyttet til familiemedlemmets rusbruk og dets konsekvenser?
2. Opplever de psykisk distress, og i tilfelle i hvilken grad?
3. Hvilke mestringsstrategier bruker de?
4. Er bruken av mestringsstrategier ulik sett i forhold til kjønn, utdanningsnivå, yrkeslivsstatus, relasjon til misbruker, kontakthypighet, antall år i pårørenderollen og type rusbruk hos den de er pårørende til?
5. Hvordan er optimistisk personlighet assosiert med belastning, mestringsstrategier og psykisk distress?
6. Hvilke sammenhenger er det mellom belastning, personlighet, bruk av mestringsstrategier og psykisk distress?

Det var antatt at de ulike hovedelementene i mestringsprosessen sett i lys av Transaksjonsmodellen; belastning, vurdering (målt ved personlighetsdimensjonen optimisme) og mestringsstrategier, til sammen ville påvirke grad av distress og psykisk helse på sikt i henhold til CATS: Belastning grunnet et familiemedlems rusmisbruk -> grad av optimisme -> bruk av mestringsstrategier => psykisk helse.

Det var forventet ut i fra presentert forskning og teori, å finne at respondentene hadde høy grad av belastning og psykisk distress. Videre at belastning og distress ville korrelere positivt, men negativt med optimisme. Et særlig fokus ville være på pårørendes bruk av mestringsstrategier for å undersøke hvilke som var mest brukt og om noen ville vise seg mer adaptive enn andre (dvs. positivt korrelert med lavere grad av distress) for den psykiske helsen når stressor er et familiemedlems rusmisbruk. Det var videre forventet at høyere grad av optimisme ville korrelere positivt med mer bruk av problemfokuserede strategier.

2 Metode

2.1 Litteratursøk

Til grunn for denne oppgaven ligger litteratur om stress, mestring og om pårørende til mennesker med ruslidelser som er funnet ved systematiske litteratursøk i databasene Cochrane, Medline og Psyc INFO på søkeordene: relatives/family/careers/caregivers/affected familymembers/adult children/family/ family relations/nuclear family/single parent family(ies)/daughter/son AND drugaddiction/ alcoholics/substance abuse/substance-related disorders/alcohol-related disorders/drug abuse AND distress/stress/ burden AND cope/coping AND depression/anxiety/mental health/quality of life. Søket ble begrenset til all adults, og dansk, svensk, norsk eller engelsk språk. Videre ble det søkt i BIBSYS, ODA og Google Scholar etter norske publikasjoner og oppgaver som er skrevet om tema. Det ble foretatt et nytt litteratursøk og det ble innhentet innspill fra forskere ved ulike forskningsinstitusjoner vedrørende måleverktøy som kunne egne seg til studiens formål (personlig kontakt med Weimand, A-hus, 4/3, 22/4, 7/5 2014, Leiknes ved Kunnskapssenteret 29/4 2014, Nerdrum og Geirdal, Høyskolen i Oslo og Akershus våren 2014, Schou- Bredal 12/9-14 og Kristiansen 5/9 -14). Forslag til aktuell litteratur og forskning ble videre innhentet fra kollegaer innen psykisk helsevern, fra Kompetansesenteret for Rus, region sør og fra kildereferanser i artikler og bøker om tema.

2.2 Forskerens rolle i prosjektet

Forskerens forforståelse påvirket fokuset i studien, både ved valg av tema, problemstilling, teori og metode. Forskerens utgangspunkt var influert av tidligere arbeidserfaring innen rus- og psykisk helsearbeid med ruspasienter og med pårørende. Videre har utdanning i blant annet motiverende intervju og kognitiv terapi (der betydningen av menneskers fortolkning for deres motivasjon og valg av handlinger vektlegges) påvirket studiens tilnærming. Dette fordret at forsker tilstrebet å være observant og selvrefleksiv på mulige bias. Forskeren stod ikke i noen interessekonflikt, mottok ingen økonomisk støtte og var alene ansvarlig (under veiledning) for utførelsen og rapporteringen av studien.

2.3 *Forskningsdesign*

Problemstillingen og forskningsspørsmålene var styrende for valg av forskningsdesign og metode. Kvantitativ forskning bygger på naturvitenskap og et vitenskapssyn inspirert av positivisme og kritisk rasjonalisme, men også kritisk realisme og pragmatisme (Drageset, 2009). Kvantitativ metode brukes for å få breddekunnskap, finne mulige årsakssammenhenger og for å teste hypoteser (Friis & Vaglum, 1999). Gjennom å operasjonalisere teoretiske begreper om fenomener til tall og kategorier, vil man la dem være representanter for en del av virkeligheten, og analysere dem ved statistiske metoder. Ulike metoder ville være egnet til å belyse ulike sider ved belastning, personlighet, mestring og psykisk helse hos pårørende. Det ble valgt et kvantitativt design i denne studien for å få en bred oversikt ved et større utvalg, slik at sammenhenger og mønstre som går igjen på gruppenivå kunne synliggjøres og mulig generaliseres (Johannesen og Tufte 2002). Denne tverrsnittstudien er basert på individuelt selvutfylte spørreskjemaer innhentet fra et utvalg av pårørende til rusmisbrukere. Designet ga mulighet til å undersøke og beskrive belastning, personlighet, mestring og psykisk helse knyttet til pårønderollen til rusmisbrukere, videre å undersøke sammenhenger som kan antyde mulige årsakssammenhenger, samtidig som tverrsnittsundersøkelsen ikke gir mulighet for å si noe om retning, årsak og virkning. Korrelasjon er ikke kausalforklaringer, men i henhold til induksjonsprinsipper vil en eventuell korrelasjon kunne støtte og styrke en hypotese (Kvernbekk, 2002).

2.4 *Rekruttering og datainnsamling*

Rekrutteringen av informanter foregikk ved at det tidlig ble tatt kontakt med ledere ved ulike poliklinikker innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, et ”møteplass” tilbud for pårørende, et veiledningssenter for pårørende, samt med en interesseorganisasjon for rusavhengige og pårørende i Telemark, for å innlede et samarbeid. Da studien skulle fylle vitenskapelige krav og hadde som formål å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, var det påkrevet med forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning, 2009). Godkjennelsen ble gitt i vedtak av 10.09.2014 (se vedlegg), og det ble deretter initiert et møte for informasjon til behandlerne og kontakt personer på de ulike institusjonene og organisasjonene som skulle viderefremme forespørselen om deltakelse til aktuelle respondenter. I møte ble det gitt utfyllende muntlig informasjon om studien og

mulighet til å kunne stille spørsmål. I tillegg var det utarbeidet eget informasjonsskriv til både dem som skulle bidra med å rekruttere, og til informantene (se vedlegg).

Om lag 50 behandlere og kontaktpersoner informerte og inviterte deretter pårørende som selv var i behandling eller hadde kontakt med nevnte steder med i studien i perioden medio september til medio desember 2014. Inklusjonskriterier var at den pårørende måtte være over 16 år, barn av, foreldre, steforeldre, samboer/ektefelle, besteforeldre eller søsken til en eller flere med ruslidelse (dvs. ha en problematisk bruk av illegale rusmidler, alkohol eller ikke foreskrevne medikamenter). Eksklusjonskriterier var pårørende til mennesker med ruslidelse i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse som psykoser, og pårørende som selv hadde et så omfattende eget rusbruk at det kunne vurderes være hovedproblemet. Målet var at alle som fylte inklusjonskriteriene skulle bli spurt om å delta i undersøkelsen. Hvem som ble rekruttert var tilfeldig for forskeren.

Med invitasjons- og informasjonsbrev som ble levert de pårørende var, i tillegg til samtykkeerklæring og spørreskjemapakken, frankerte svarkonvolutter med forskers navn på, klare for retursending av utfylte skjema. Forsker purret via ledere ved enhetene midtveis i innsamlingsperioden og en uke før datainnsamling periodens slutt.

Med bakgrunn i utdelte skjema (105 stk) og antall besvarte (N=47) var svarprosenten 45 %. Antall utdelte skjema var basert på anslag behandlere og kontaktpersoner ga i informasjonsmøtene over hvor mange informanter de mente å kunne rekruttere.

2.4.1 Etikk og personvern

Etiske og juridiske hensyn ble, utover godkjenning fra REK, ivaretatt gjennom god skriftlig og muntlig informasjon til både dem som bidro i rekrutteringen av informanter og til informantene. I informasjonsbrevet var det tydelig at deltagelse var frivillig, og at valget om å delta eller ikke ville være uten konsekvenser for behandlingen. Videre fremkom det at respondentene kunne trekke seg fra studien dersom de ønsket uten konsekvenser og uten å oppgi grunn for dette, og at data ville bli behandlet iht. regelverk og forskrifter. Informantene var frivillige og informerte deltakere, de var ikke presset til å delta, ingen stod i et avhengighetsforhold til forsker. Å avstå fra deltakelse var vurdert til å være relativt enkelt. All informasjon ble registrert i aidentifisert form, og rapporteringen identifiserer ikke respondenter. Alle spørreskjema hadde ID nummer som ble koblet til navn fra signert

informert samtykke i kodenøkkel som bare forsker hadde tilgang til. Kodenøkkel og aidentifiserte SPSS filer ble lagret på egen passordbeskyttet PC og var dermed beskyttet for innsyn. Svarskjemaene var nedlåst i arkiv godkjent for oppbevaring av pasientinformasjon, og vil bli slettet først 19/6 2020 etter pålegg fra REK (se vedlegg).

2.5 Måleinstrumentene

Det ble innhentet informasjon om demografi og rusrelaterte forhold, og Transaksjonsmodellen som teoretiserer sammenhenger mellom faktorene belastning, personlighet/vurdering, mestringsstrategier og psykisk helse, lå til grunn for valg av standardiserte selvutfyllende valide spørreskjema (alle vedlagt).

Bakgrunnsinformasjon:

Det ble innhentet bakgrunnsinformasjon som alder, kjønn, sivilstand, inntekt, utdanning, bosted, relasjon til og kontakthypighet med rusmisbruker, om vedkommende hadde vokst opp i hjem preget av rus, bodde sammen med den som har et rusproblem, var pårørende til flere som har et rusproblem og hvor lenge en hadde vært pårørende. Videre var det spørsmål om respondenten hadde hatt økonomiske problem, vært utsatt for krenkelser, trusler, vold og/eller overgrep, hatt kontakt med politi/rettsvesen, fått hjelp for egen del grunnet sin pårørenderolle, og hva slags hjelp vedkommende evt. hadde fått. Avslutningsvis var det spørsmål om livskvalitet og et åpent spørsmål om hva den pårørende selv ønsket av hjelp.

Belastning

Pårørendes belastning, også benevnt som byrde, ble målt ved The Burden Assessment Schedule (BAS 20) (Sell, Thara, Padmavati & Kumar, 1998). BAS inneholder 20 spørsmål fordelt på 5 delfaktorer med 4 spørsmål tilknyttet hver faktor; 1) Innvirkning på velvære (om den pårørende føler seg utslitt, frustrert, deprimert, om helsen er påvirket generelt). 2) Om omsorgen settes pris på (om man opplever takknemlighet og støtte for den innsats man gjør fra venner og familie som kan være en positiv faktor). 3) Innvirkning på relasjoner til andre (om relasjoner til andre venner og familie blir forstyrret). 4) Ruslidelsens opplevde alvorlighetsgrad (om lidelsens og dets konsekvenser påvirker den pårørendes liv i den grad at jobb o.a. blir vanskelig å opprettholde). 5) Relasjonen i parforholdet (om den med ruslidelse kan gi sin partner oppmerksomhet, vise intime følelser og dekke emosjonelle behov).

Alle spørsmålene har en tre delt svarskala (overhode ikke, til en viss grad, svært mye) hvor svarene rangeres fra 1-3. I tillegg var det mulig å svare ”ikke relevant”. Skårene blir beregnet for hver delfaktor (variasjon fra 4-12) og ved total skår (variasjon fra 16-60), hvor høyere skår indikerer høyere belastning.

Ved en missing eller ”ikke relevant” svar per delfaktor i BAS, ble verdien i denne studien erstattet av den enkelte respondents gjennomsnittsskår for de resterende tre svarene pr. delfaktor, jfr. ”the case mean substitution technique” (Fox-Wasylyshyn & El-Masri, 2005). Dersom ”ikke relevant” eller missing på 2 eller flere svar, ble respondentens svar på den aktuelle faktor utelatt. Ved analysene av BAS i denne studien fremkom at delfaktoren ”Relasjonen i parforholdet” kun var aktuell for 5 personer (gjelder kun pårørende i et parforhold med den med ruslidelse). Denne delfaktoren ble derfor tatt ut ved beregning av BAS totalskår. Den totale skår på BAS skalaen (4 faktorer) i denne studien gikk som en konsekvens av dette fra 12-48.

Måleinstrumentet BAS har vist seg relevant i en norsk studie vedrørende pårørende til alvorlig psykisk syke (Weimand et al., 2010), og antas relevant også for pårørende til mennesker med rusavhengighet. Verktøyet er ikke validert spesifikt for pårørende til rusmisbrukere, men mange med alvorlig psykisk lidelse har også rusproblem (Lilleeng, 2007; Mueser, 2008) og belastningene ved å være pårørende til mennesker med rus og psykiske problem synes i litteraturen å i stor grad være samsvarende. Sell et al.(1998) skriver at verktøyet relativt enkelt kan bli tilpasset og brukt til å måle belastning hos omsorgsgivere til også andre med vedvarende lidelser. Gjennom kontakt med forskeren som har oversatt verktøyet til norsk (Weimand, 2013) ble det gitt tillatelse til å bruke verktøyet i denne studien. Validitet og reliabilitet er beskrevet som akseptabel på den originale målgruppen (Sell et al. 1998).

Personlighet

The Life Orientation Test – Revised (LOT-R) ble utviklet for å måle individuelle forskjeller i personlighetsdimensjonen disponibel optimisme versus pessimisme, og har vist seg å være et reliabelt og valid instrument for å måle dette (Scheier, Carver & Bridges, 1994). Optimisme influerer på valg av mestringsstrategi og motivasjon (Rice 2012; Scheier & Carver 1992; Carver et al 2009). LOT-R består av 10 utsagn hvor svaralternativene er 0=helt enig, 1=ganske enig, 2=både/og, 3= ganske uenig, 4= svært uenig. 4 av utsagnene er ”fillers” og brukes ikke ved beregning av totalskår. Totalskår, som vil variere fra 0-24, indikerer grad av

grunnleggende optimisme hos personen, hvor høyere skår representerer høyere grad av optimisme (Carver, Scheier & Bridges 1994). Måleinstrumentet er brukt i flere studier på atferdsmessige, emosjonelle og helsemessige konsekvenser av denne personlighetsvariabelen (Carver et al., 2010). LOT-R er også brukt tidligere i norske studier på sammenhenger mellom mestring og optimisme, og mellom optimisme og livskvalitet (Schou, Ekeberg & Ruland, 2005a; Schou, Ekeberg, Sandvik & Ruland, 2005b). Den norske versjonen har som den engelsk språklige vist god reliabilitet og validitet (Schou et al., 2005b). Verktøyet er oversatt til norsk ved Schou-Bredal, som gjennom personlig kontakt har gitt tillatelse til bruk av det.

Mestring

The Brief Coping Orientation to Problems (Brief COPE) er kortversjonen av The COPE Inventory som består av 60 spørsmål (Carver et al 1989), og er i følge Carver et adekvat alternativ (Carver, 1997a). Brief COPE består av 28 spørsmål, fordelt på 14 skalaer med ulike mestringsstrategier: selvdistraksjon, aktiv mestring, fortrenging, rusbruk, bruk av emosjonell støtte, bruk av instrumentell støtte, atferdsmessig avstandtagen (gi opp), ventilering, positiv reformulering, planlegging, humor, aksept, religion og selvbebreidelse. Hver skala består av to spørsmål der hvert spørsmål skåres på en skala fra 1-4. Personen svarer på hvor ofte han/hun bruker de ulike strategier for å mestre stress, 1= ikke i det hele tatt, 2= litt, 3= ganske mye, 4 = veldig mye. Totalskår på skalaene er fra 2-8, det er ingen totalskår.

De nevnte strategier ble av Carver og kollegaer (1989) delt inn i problemfokuserte (PF) og emosjonsfokuserte (EF), og i adaptive (A) og maladaptive (AM) strategier som vist i tabell 1. De poengterte samtidig, som Lazarus og Folkman (1984), at det som kunne virke som en adaptiv strategi i en situasjon kunne være maladaptiv i en annen.

Verktøyet The Brief COPE er oversatt til norsk av Kristiansen (Kristiansen, Roberts & Abrahamsen, 2008), som gjennom personlig kontakt har gitt tillatelse til bruk av verktøyet.

Tabell 1: Kategorisering av mestringsstrategier (Geirdal & Dahl, 2008) *

| | A | MA | PF | EF |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|----|----|
| Aktive strategier | | | | |
| Aktiv mestring, ta aktive steg for å fjerne eller endre stressor ellers dets konsekvenser | X | | X | |
| Planlegging, lage en konkret plan for hvordan håndtere stressor | X | | X | |
| Undertrykke andre aktiviteter, sette andre prosjekt og annet tilside for ikke å bli forstyrret i fokuset på hvordan håndtere stressor | X | | X | |
| Emosjonsfokusede strategier | | | | |
| Fokus på å ventilere følelser, gi uttrykk for sine følelser overfor andre | | X | | X |
| Søke sosial støtte for instrumentell grunner, oppsøke råd, assistanse og informasjon | X | | X | |
| Søke sosial støtte for emosjonelle grunner, oppsøke støtte, sympati og forståelse | X | | | X |
| Reformulering/ (reappraisal), passive strategier | | | | |
| Aksept, som innebærer å godta situasjonen og ut i fra dette forsøke å håndtere den | X | | | X |
| Positiv reformulering og vekst, gjøre det beste ut av situasjonen, lære av det, få nye perspektiver | X | | X | |
| Utsettende mestring, mestre passivt ved å holde seg selv tilbake for så å agere når situasjonen best tilsier det | X | | | X |
| Unnvikelses strategier | | | | |
| Benekting, ikke tro på heller ikke forholde seg til den faktiske situasjon | | X | | X |
| Atferdsmessig avstandtagen, å redusere sin innsats for å forsøke håndtere stressor, gi opp forsøket på å nå sine mål som er forstyrret av stressor | | X | | X |
| Selvdistraksjon og mental avstandtagen, ulike aktiviteter for å distrahere seg fra stressor, ikke tenke på, dagdrømming, søvn, se TV, rusbruk | | X | | X |
| Vende seg til religion | X | | | X |
| Bruke humor | X | | | X |

* Denne modellen er basert på det mer omfattende original verktøyet The COPE Inventory (Carver et al., 1989), som gir mulighet for samleskår. Variablene er for øvrig tilnærmet Brief COPE, som også har rusbruk som egen kategori.

Psykisk helse

The General Health Questionnaire (GHQ 12) er et screeningsinstrument for å identifisere psykisk distress, allmenne psykiske symptomer (Goldberg & Williams, 1988). Det stilles 12 spørsmål om hvordan personen har hatt det de siste to uker, om en nylig har opplevd et spesifikt symptom eller vist en type atferd. 6 spørsmål er positivt formulert med svaralternativene 0 = mer enn vanlig, 1 = samme som vanlig, 2 = mindre enn vanlig, 3 = mye mindre enn vanlig. 6 spørsmål er negativt formulert med svaralternativene 0 = ikke i det hele tatt, 1 = ikke mer enn vanlig, 2 = mer enn vanlig, 3 = mye mindre enn vanlig. To ulike skåringssystemer ble brukt. Totalskår ved GHQ 12 (Likert skår) går fra 0 - 36, der høy skår indikerer redusert velvære, problemer og funksjonssvikt i en grad som peker i retning av psykisk lidelse. Hvert ledd ble også dikotomisert slik: 0-1 = 0, og 2-3 = 1. Det ble deretter laget en variabel ved å summere de tolv dikotomiserte leddene til en totalskår (case skår) der maksimum skår er 12. Cut off for case ble valgt ved poengsum på 4 eller mer i henhold til tidligere studier (Nerdrum & Geirdal, 2013), som indikerer klinisk signifikant belastning som vil si at respondentene har en slik grad av psykisk distress at de kan trenge hjelp.

2.1 Statistisk databehandling

De innsamlede data ble punchet av forsker og analysert statistisk ved hjelp av The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versjon 22. Normalfordistribusjon ble undersøkt på alle kontinuerlige variabler ved histogram med normalfordelingskurve, Q-Q plot, samt med Shapiro-Wilk Test (Shapiro & Wilk, 1965) som anbefalt ved utvalg < 50 , og hvor signifikansverdier på >0.05 indikerer at dataene er normalfordelt. Shapiro-Wilks testen viste at LOT-R og GHQ 12 var normalfordelt, mens øvrige skalaer ikke var det. På bakgrunn av dette og et relativt lite utvalg ble det derfor valgt å bruke ikke parametriske tester til de statistiske analysene.

Deskriptiv statistikk

Deskriptive analyser ble utført for å beskrive materialet. Frekvenser med prosentener ble brukt for å presentere demografiske og rusrelaterte variabler, median og kvartildifferanse ble anvendt for å presentere skårene på kontinuerlige skalaer.

Sammenligne grupper

Kruskal Wallis test ble anvendt for å sammenligne og utforske ulikheter i mestring ved skåring på Brief COPE mellom tre eller flere uavhengige undergrupper kategorisert ut i fra demografiske og rusrelaterte variabler hos pårørende (type rusmiddelbruk, type relasjon til misbruker, utdanningsnivå, yrkeslivsstatus, inntekt), mens Mann Whitney U test ble anvendt for å sammenligne 2 undergrupper (gift/ikke gift, kontakt hyppighet, bor med misbruker eller ikke, vokst opp i hjem med rus eller ikke, opplevd vold, krenkelser m.m. eller ikke, opplevd økonomiske problem eller ikke, selv fått hjelp eller ikke). Kun signifikante ulikheter som ble funnet mellom undergrupper presenteres. På bakgrunn av at samme person ikke kan være i to grupper samtidig ved undersøkelse av ulikheter mellom grupper, ble pårørende som hadde familiær relasjon til flere misbrukere og de som var pårørende til blandingsmisbrukere utelatt (og med det antall N redusert) i disse analysene. Da det kun var 3 menn i utvalget ble det vurdert som lite hensiktsmessig å se på ulikheter mellom kjønn.

Korrelasjon og regresjon

Bivariate korrelasjonsanalyser ble utført med Spearman`s rank order korrelasjonskoeffisient (*rho*). Logistisk regresjonsanalyse ble anvendt for å undersøke sammenhengen mellom belastning, personlighet og bruk av mestringsstrategier som uavhengige variabler og GHQ

case versus ikke-case (referanse) som avhengig variabel. Utvalget på N= 47 ble vurdert til å være stort nok til å kunne gjøre en regresjonsanalyse med opp til 5 uavhengige variabler (Pallant, 2013). For å imøtekomme dette ble bare uavhengige variabler som var signifikant korrelert med GHQ Likert skår i den bivarierte korrelasjonsanalysen inkludert i regresjonsanalysen. Forberedende analyser av variablene ble utført for å sikre at kravene for å utføre regresjonen forelå. Multikolaritet og ekstreme verdier ble undersøkt ved residual scatterplots, da regresjon er sensitiv for dette (Tabachnick & Fidell, 2013). Styrken på assosiasjonene er presentert ved Odds ratio (OR) med 95 % konfidensintervall (95 % KI).

Signifikansnivå ble satt til $p < 0.05$ for alle statistiske tester som anbefalt av Johannesen, Tufte og Christoffersen (2010). Intern konsistens reliabiliteten i skalaene på de standardiserte måleinstrumentene ble testet ved å analysere reliabilitets-koeffisienten Cronbachs alfa. Analysene viste følgende Cronbachs alfa: BAS (.875), Brief COPE (.781), GHQ-12 (.890) og LOT-R (.654).

Det var få missings i besvarelsen utenom på spørsmål i BAS (se også s.25). Missings i BAS fikk betydning for antallet som ble inkludert i analysene der skår fra dette verktøyet var en variabel.

3 Resultater

3.1 Pårørendes bakgrunn og hverdagsliv (demografi og rusrelaterte variabler)

Av de 47 som besvarte spørreskjemaene var det 44 kvinner og 3 menn. Gjennomsnittsalderen i utvalget var 49,6 år (SD 14,3), med spredning fra 19 til 75 år. Gjennomsnittlig antall år som pårørende var 15 år, (SD 12), spredning fra 2 år til 55 år. Øvrig demografi og rusrelaterte variabler hos pårørende er redegjort for i tabell 2 og 3.

Tabell 2: Demografi

| | Antall (N) | Prosent (%) |
|-----------------------------------------|------------|-------------|
| Kjønn | | |
| Kvinner | 44 | 94 |
| Menn | 3 | 6 |
| Sivilstand | | |
| Ugift/singel | 22 | 47 |
| Gift/samboer | 25 | 53 |
| Utdanning | | |
| Utdanning utover videregående skole | 11 | 23 |
| Utdanning videregående eller mindre | 36 | 77 |
| Arbeids- og utdannings situasjon | | |
| Skoleelev/student | 1 | 2 |
| I jobb | 19 | 40 |
| Sykemeldt | 6 | 13 |
| Arbeidsavklaring | 3 | 6 |
| Ufør | 9 | 19 |
| Alderspensjon | 5 | 11 |
| Annet | 4 | 9 |
| Årsinntekt | | |
| < 450 000 kr | 24 | 51 |
| > 450 000 kr | 23 | 49 |

Tabell 3: Rusrelaterte variabler hos pårørende

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

*1 respondent missing

**Respondentene kunne være i slektskap med flere misbrukere og ble da medregnet både i tallene for de ulike typene slektskap og i kategorien "er pårørende til flere misbrukere".

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

3.2 *Deskriptiv statistikk og sammenligninger*

3.2.1 *Belastning*

Måling av belastning ved BAS total viste at de pårørende opplevde stor belastning, median (Md) 35, kvartildifferanse (KD) 9. Av delfaktorene viste "Innvirkning på velvære" størst belastning, mens faktoren "Omsorgen settes pris på" viste lavest belastning.

Tabell 4: Skår delfaktorer og total BAS.

| BAS faktorer | N | Median (Md) | Kvartildifferanse (KD) |
|----------------------------------------|----|-------------|------------------------|
| 1) Innvirkning på velvære | 45 | 11 | 3 |
| 3) Omsorgen settes pris på | 42 | 7,5 | 2 |
| 4) Innvirkning på relasjonen til andre | 45 | 8 | 3 |
| 5) Lidelsens alvorlighetsgrad | 45 | 9 | 3 |
| BAS total (4 faktorer) | 41 | 35 | 9 |

Totalskår av 4 faktorer mellom 16-48. Jo høyere skår, jo høyere belastning.

3.2.2 *Personlighet*

Som vist i tabell 5 skåret de pårørende Md 12 (KD 8) på personlighet/optimisme målt ved LOT- R som tilsvarer en middels optimismeskår.

3.2.3 *Mestringsstrategier*

Alle strategiene ble brukt, men i varierende grad. Analysene viste at planlegging, instrumentell støtte og aktiv mestring (alle problemfokuserte og ansett som adaptive strategier), ble mest benyttet av de pårørende, sammen med de emosjonsfokuserte strategiene selvdistraksjon, emosjonell støtte og deretter aksept. Den emosjonsfokuserte strategien humor, som kategoriseres som en adaptiv strategi var minst brukt (tabell 5).

3.2.4 Psykisk distress

Måling av psykisk distress ved GHQ 12 Likert skår viste at pårørende hadde en totalskår på Md 12 (KD 11). Tjueni informanter (62 %) hadde over caseskår på GHQ 12 som indikerer klinisk psykisk sykdom og behov for hjelp. Se tabell 5.

Tabell 5: Median (Md) og kvartil differanse (KD) sumskår på de standardiserte måleinstrumentene BAS, LOT-R, Brief COPE og GHQ 12.

| | Md | KD |
|------------------------------------------------|-------|-----|
| Belastning (BAS)* ^ | 35 | 8,5 |
| Personlighet/Optimisme(LOT-R)** | 12 | 8 |
| Brief COPE skalaer:*** | | |
| Aktiv mestring (PF/A) | 6 | 2 |
| Ventilering (EF/MA) | 5 | 2 |
| Selvdistraksjon (EF/MA) | 6 | 3 |
| Aksept (EF/A) | 5 | 2 |
| Positiv reformulering (PF/A) | 4 | 2 |
| Humor (EF/A) | 2 | 1 |
| Religion (PF/A) | 4 | 3 |
| Planlegging (PF/A) | 6 | 3 |
| Søke emosjonell støtte (EF/A) | 6 | 2 |
| Søke instrumentell støtte (PF/A) | 6 | 2 |
| Selvbebreidelse (EF/MA) | 4 | 4 |
| Benektelse (EF/MA) | 4 | 3 |
| Atferdsmessig avstandtagen (EF/MA) | 3 | 2 |
| Rusbruk (EF/MA) | 2 | 2 |
| Psykisk distress (GHQ 12 Likert skår)**** | 12 | 11 |
| Psykisk distress (GHQ 12 case skår)***** (N/%) | 29/62 | |

N=47, ^ N=41

*BAS skalaen går fra 16-48, der høyere skår betyr høyere grad av belastning.

** LOT-R skalaen går fra 0-24, der høyere skår indikerer høyere grad av optimisme

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

**** GHQ 12 Likert skalaen går fra 0-12, der høyere skår indikerer økende grad av psykisk distress.

*****GHQ 12 case skår, Cut off verdi på ≥ 4 for case.

3.2.5 Sammenligninger mellom undergrupper

Signifikante forskjeller i bruk av mestringsstrategier som ble funnet mellom undergrupper ved Kruskal Wallis tester, Mann Whitney U tester og sammenligninger av medianer, er vist i tabell 6 og var som følger:

Signifikante forskjeller i bruk av mestringsstrategiene selvdistraksjon, selvbebreidelse og atferdsmessig avstandtagen ble funnet mellom pårørendegrupper kategorisert ut i fra hvilket slektskapsforhold den pårørende hadde til misbruker. (Om respondenten var pårørende til

flere var respondenten ekskludert fra disse analysene, $n= 40$). Det var signifikante ulikheter mellom barn av misbrukere og foreldre til misbrukere i bruk av selvdistraksjon og atferdsmessig avstandtagen, der barn brukte mest disse strategiene. Foreldre brukte signifikant mer selvbekredning og mindre atferdsmessig avstandtagen enn søsken, mens ektefeller brukte mer selvdistraksjon enn foreldre (Tabell 6).

Signifikante ulikheter i atferdsmessig avstandtagen ble funnet mellom pårørende til alkoholikere og pårørende til narkomane (pårørende til blandingsmisbrukere var ekskludert fra analysene, $n=28$). Pårørende til alkoholikere brukte mer atferdsmessig avstandtagen enn pårørende til narkomane (Tabell 6).

Mestringsstrategien religion ble brukt signifikant mer av pårørende som hadde vokst opp i hjem preget av rus, enn de som ikke hadde vokst opp i hjem med rus (Tabell 6).

Mer bruk av religion, selvbekredning og rusbruk ble funnet hos pårørende som hadde fått økonomiske problem grunnet misbruker i forhold til dem som ikke hadde det (Tabell 6).

Gruppen av pårørende som hadde blitt utsatt for krenkelser, trusler, vold og/eller overgrep, var signifikant ulik gruppen som ikke hadde opplevd dette, ved at de brukte mer selvdistraksjon, aktiv mestring, ventilering, og positiv reformulering (Tabell 6).

De som selv hadde fått hjelp av helsevesenet grunnet sin situasjon som pårørende brukte mer instrumentell støtte og rusbruk, men mindre benektelse og atferdsmessig avstandtagen, sammenlignet med de som ikke hadde fått hjelp (Tabell 6).

Tabell 6: Signifikante forskjeller mellom undergrupper i bruk av mestringsstrategier (Brief COPE).

| | | | Md | p * | p ** | |
|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|------|---------------------|---------------------|
| | | Slektskap til misbruker (n=40) | | | | |
| Mestring (Brief COPE) | <i>Selvdistraksjon</i> | Barn av | 7 | .009 | .049 ⁽¹⁾ | |
| | | Forelder | 5 | | .023 ⁽²⁾ | |
| | | Ektefelle/samboer | 8 | | | |
| | <i>Selvbekredslgelse</i> | Forelder | 4 | | .044 | |
| | | Søsken | 2,5 | | | |
| | <i>Atferdsmessig avstandtagen</i> | Forelder | 2 | .032 | .025 ⁽³⁾ | |
| | | Barn av | 4 | | | |
| | | Søsken | 6 | | | .043 ⁽⁴⁾ |
| | | | Type misbruk (n=28) | | | |
| | <i>Atferdsmessig avstandtagen</i> | Alkohol | 4 | | .016 | |
| | | Narkotika | 2 | | | |
| | | | Vokst opp med rus (N=47) | | | |
| | <i>Religion:</i> | Ja | 4 | | .047 | |
| | | Nei | 3 | | | |
| | | | Økonomiske problem (N=47) | | | |
| | <i>Religion</i> | Ja | 4 | | .027 | |
| | | Nei | 2 | | | |
| | <i>Selvbekredslgelse</i> | Ja | 5 | | .006 | |
| | | Nei | 3 | | | |
| | <i>Rusbruk</i> | Ja | 2 [#] | | .037 | |
| Nei | | 2 [#] | | | | |
| | | Utsatt for krenkelser, trusler, vold | | | | |
| <i>Selvdistraksjon</i> | Ja | 6 | | .004 | | |
| | Nei | 5 | | | | |
| <i>Aktiv mestring</i> | Ja | 7 | | .001 | | |
| | Nei | 5 | | | | |
| <i>Ventilering</i> | Ja | 5 | | .018 | | |
| | Nei | 4 | | | | |
| <i>Positiv reformulering</i> | Ja | 4 ^{##} | | .002 | | |
| | Nei | 4 ^{##} | | | | |
| | | Selv fått hjelp som pårørende (N=47) | | | | |
| <i>Søke instrumentell støtte</i> | Ja | 6 | | .033 | | |
| | Nei | 4,5 | | | | |
| <i>Benekting</i> | Ja | 3 | | .035 | | |
| | Nei | 4,5 | | | | |
| <i>Atferdsmessig avstand</i> | Ja | 3 | | .042 | | |
| | Nei | 4 | | | | |
| <i>Rusbruk</i> | Ja | 2 ^{###} | | .017 | | |
| | Nei | 2 ^{###} | | | | |

* Basert på Kruskal Wallis test, sammenligning mellom 3 eller flere grupper

**Basert på Mann Whitney U test, sammenligning mellom 2 grupper

¹ Sammenligning mellom barn av og forelder

² Sammenligning mellom forelder og ektefelle/samboer

³ Sammenligning mellom forelder og barn av

⁴ Sammenligning mellom forelder og søsken

[#] Pga. lik median oppgis Kvartildifferanse (KD) og interkvartil variasjon (IQR). Ja: KD 2 (IQR: 2-4), Nei: KD 0 (IQR 2-2)

^{##} Pga. lik median oppgis Kvartildifferanse (KD) og interkvartil variasjon (IQR). Ja: KD 2 (IQR 4-6), Nei: KD 2 (IQR 3-5)

^{###} Pga. lik median oppgis Kvartildifferanse (KD) og interkvartil variasjon (IQR). Ja: KD 2 (IQR 2-4), Nei: KD 0 (IQR 2-2)

3.3 Korrelasjoner

Signifikante korrelasjoner mellom belastning (BAS), personlighet/optimisme (LOT-R), mestringsstrategier (Brief COPE) og psykisk distress (GHQ 12) identifisert ved Spearman`s rank order korrelasjons analyser (ρ) var som følger og vist i tabell 7.

3.3.1 Belastning korrelert med mestring og psykisk helse

Resultatene viste signifikante ($p < .05$) positive sammenhenger mellom grad av belastning og mestringsstrategien planlegging ($\rho = .316$), og mellom belastning og psykisk distress ($\rho = .375$) (Tabell 7).

3.3.2 Personlighet korrelert med belastning, mestring og psykisk helse

Grad av optimistisk grunnholdning og belastning viste en signifikant ($p < .05$) negativ korrelasjon ($\rho = -.325$). Grad av optimisme hadde videre en signifikant ($p < .05$) negativ korrelasjon ($\rho = -.289$) med grad av psykisk distress (Tabell 7).

Analysene viste signifikant ($p < .05$) positiv korrelasjon ($\rho = .342$) mellom personlighet/optimisme og bruk av strategien emosjonell støtte, og signifikant negativ korrelasjon ($\rho = -.329$) mellom personlighet/optimisme og atferdsmessig avstandtagen (Tabell 7).

3.3.1 Mestringsstrategier korrelert med psykisk helse

Av de ulike delskalaene i Brief COPE var det bare den emosjonsfokuserede strategien aksept som var signifikant ($p < .05$) negativt korrelert med GHQ Likert skår ($\rho = -.342$) (Tabell 7).

Tabell 7: Korrelasjon mellom belastning, personlighet, mestringsstrategier og psykisk distress.

| | BAS Belastning (4 faktorer) | LOT-R Optimisme / Personlighet | GHQ 12 Psykisk distress |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| N | 41 | 47 | 47 |
| BAS Belastning (total 4 faktorer) | 1,000 | -,325* | ,375* |
| LOT-R Optimisme / Personlighet | -,325* | 1,000 | -,289* |
| COPE Selvdistraksjon | ,249 | -,052 | ,100 |
| COPE Humor | ,146 | -,155 | ,218 |
| COPE Religion | ,113 | -,083 | ,086 |
| COPE Planlegging | ,316* | ,197 | -,021 |
| COPE Aktivmestring | ,304 | ,155 | -,060 |
| COPE Ventilering | ,175 | -,181 | ,135 |
| COPE Emosjonell støtte | -,119 | ,342* | ,038 |
| COPE Instrumentell støtte | ,238 | ,254 | ,062 |
| COPE Aksept | -,177 | ,107 | -,342* |
| COPE Selvbefredelse | ,116 | ,101 | ,032 |
| COPE Positiv reformulering | ,161 | -,142 | -,005 |
| COPE Benektelse | ,069 | -,074 | ,114 |
| COPE Atferdsmessig avstandtagen | ,227 | -,329* | ,169 |
| COPE Rusbruk | ,165 | -,093 | -,019 |
| GHQ 12 Psykisk distress (Likert skår) | ,375* | -,289* | 1,000 |

Spearman ranks (rho)

*Signifikante korrelasjoner $p < .05$ i fet skrift

3.4 Regresjonsanalyse

Standard logistisk regresjon ble anvendt for å undersøke i hvilken grad belastning, personlighet/optimisme, og mestring forklarer psykisk distress. GHQ 12 case skår (dikotom) ble lagt inn som avhengig variabel. Uavhengige variabler som var signifikant korrelert med GHQ 12 total Likert skår i bivariate korrelasjonsanalyser ble lagt inn som uavhengige variabler: BAS, LOT-R og mestringsstrategien aksept. Resultatet presenteres i tabell 8 med Odds ratio (OR), som representerer endringen i odds/sannsynlighet for å være i kategorien case når verdien av en forklaringsvariabel øker med en enhet (Tabachnick & Fidell, 2013). Styrken på modellen er også målt ved å vise til Cox og Snell R Square og Nagelkerke's R square som i følge Pallant (2013) gir en indikasjon på variasjonen i den avhengige variabelen forklart ved modellen. Analysen viste at modellen som helhet forklarte mellom 10,6 % (Cox and Snell R square) og 14,5 % (Nagelkerke R square) av variansen mellom case og ikke-case. Likevel var den fulle modellen med alle forklaringsvariablene ikke signifikant ($p=0.39$), og ingen av de uavhengige variablene var signifikante forklaringsvariabler av case versus ikke-

case. De som rapporterer å være case har noe økt belastning, mens optimisme reduserer psykisk distress, men ikke signifikant, odds ratio på henholdsvis 1,12. og .89.

Tabell 8: Logistisk regresjon for å undersøke hvor mye belastning, personlighet og mestring ved aksept kan forklare case versus ikke-case skår GHQ 12:

| Forklaringsvariabler | OR | 95 % KI | p |
|----------------------|------|------------|------|
| BAS/belastning | 1.12 | .98 - 1.28 | .091 |
| LOT-R/optimisme | 1.00 | .86 - 1.17 | .995 |
| COPE aksept | -.89 | .58 - 1.37 | .588 |
| Total | | | .390 |

p < .05

4 Drøfting

I dette kapittelet presenteres hovedfunnene, som deretter drøftes i kronologisk rekkefølge ut i fra forskningsspørsmålene. Metodediskusjonen avslutter kapittelet.

4.1 Hovedfunn

Studien viste at pårørende er en gruppe med store belastninger og betydelig grad av psykisk distress, 62 % var case. Belastning og psykisk distress viste en signifikant positiv korrelasjon, hvilket indikerer at økt belastning forverrer den psykiske helsen hos denne gruppen pårørende og vice versa. Med økt grad av optimistisk personlighet opplevde pårørende mindre grad av belastning og redusert psykisk distress.

Studien viste videre at pårørende brukte både problemfokuserte og emosjonsfokuserte strategier for å håndtere rusmisbruket og dets konsekvenser, men problemfokuserte strategier var noe mer brukt en emosjonsfokuserte. Økende bruk av aksept var signifikant assosiert med redusert grad av psykisk distress. Ved økende belastning brukte pårørende mer den problemfokuserte strategien planlegging, mens økende grad av optimistisk grunnholdning var assosiert med mer bruk av emosjonell støtte og mindre atferdsmessig avstandtagen.

Ingen demografiske, men noen rusrelaterte variabler, viste sammenheng med ulikhet i bruk av mestringsstrategier. Pårørende som var utsatt for krenkelser, trusler, vold og/eller overgrep,

brukte mer strategiene selvdistraksjon, ventilering, aktiv mestring og positiv reformulering, sammenlignet med de som ikke hadde opplevd dette. Ektefeller/samboere og barn av misbrukere brukte mest strategien selvdistraksjon, søsken mest atferdsmessig avstandtagen, mens foreldre brukte minst atferdsmessig avstandtagen og mest selvbebreidelse.

Sammenlignet med pårørende til narkomane, brukte pårørende til alkoholavhengige mer atferdsmessig avstandtagen. Pårørende som hadde vokst opp i hjem preget av rus brukte signifikant mer enn de som ikke hadde det strategien å vende seg til religion, mens pårørende som hadde erfart økonomiske problem grunnet rusmisbruker brukte mer religion, selvbebreidelse og rusbruk enn de som ikke hadde erfart dette.

Flere signifikante korrelasjoner ble funnet mellom belastning, personlighet/optimisme, mestring og psykisk distress. Regresjonsanalysen viste at totalt inkluderte belastning, optimisme og mestringsstrategien aksept 10,6 % -14,5 % av variansen mellom case og ikke-case i psykisk distress.

4.1.1 Belastning og psykisk helse (forskningsspørsmål 1 og 2)

At respondentene hadde høy grad av belastning, et høyt antall viste over skår tilsvarende psykisk lidelse, samt at grad av belastning og psykisk distress var signifikant positivt assosiert, var som forventet. Dette understøtter funn, både i tidligere forskning på sammenhenger mellom vedvarende belastning og svekket helse på ulike målgrupper (Rice, 2012; Ursin & Eriksen, 2010), og i forskning på pårørende til rusmisbrukeres livssituasjon og psykiske helse (Grimstad, 2009; Kristiansen & Myhra, 2013; Lindgaard, 2008; Morita et al., 2011; Nordlie, 2003b; Orford et al., 2005). Belastninger over tid kan gi psykiske helseplager, samtidig som det er rimelig å anta at angst og depresjonsplager kan medføre at pårørende blir mindre robuste til å mestre de belastninger rusmisbruket fører med seg og dermed kan oppleve det mer tyngende. Depressive tankespiraler og atferdsmønster kan vedlikeholde depresjon og angst (Beck, 2006).

The cognitive activation theory of stress (CATS) (Ursin & Eriksen, 2010) belyser sammenhengene mellom vedvarende belastning og fysiske og psykiske symptomer, og kan bidra til å forklare den betydelige graden av psykisk distress som ble funnet. Belastningen i utvalget var høy, gjennomsnittelig antall år som pårørende var 15 år og flertallet av respondentene var mødre til narkomane. De kan ha stått i store og tildels ukontrollerbare belastninger over tid, kroppen mulig vært i en vedvarende aktiveringstilstand med de negative

konsekvenser det kan ha for fysisk og psykisk helse på lang sikt. Om lag halvparten av respondentene hadde opplevd krenkelser, trusler, vold og/ eller overgrep. Høy belastningsgrad og slike typer belastninger medfører ifølge tidligere funn, risiko for helseplager og for utvikling av PTSD (Figley, 1998; Nordlie, 2003a). Teoretisk forståelse fra tidligere presentert krise og sorg perspektiv (Høie & Drottz-Sjøberg, 2007), teori om utbrenthet og sekundærtraumatisering (Figley, 1998) kan være andre forklaringer på det høye nivå av psykiske symptom i utvalget.

I mestringsmodellen Stress-strain- coping-support (SCSS) (Orford et al., 2005) ansees stressors natur (rusbruken og dets konsekvenser) som den faktor som i størst grad påvirker pårørende og deres psykiske helse, fremfor deres personlighet eller bruk av mestringsstrategier. I denne aktuelle studien er grad av belastningen den faktor som korrelerer sterkest med grad av psykisk distress, og harmonerer således med SCSS. At pårørende utvikler psykiske forstyrrelser som en reaksjon på misbruket er også i tråd med en Reaktiv forståelsesramme som presentert av Lindgaard (2008).

Pårørende i denne studien rapporterte ennå noe høyere opplevd belastning enn utvalget pårørende til alvorlig psykisk syke i Weimands studie (2013). ”Innvirkning på velvære” (føler seg deprimert, engstelig, trett, utmattet, frustrert og helsen blir påvirket) var den delfaktor der pårørende opplevde størst belastning i begge pårørendegruppene, og tydeliggjør hvor stor innvirkning et familiemedlems psykiske lidelse og rusproblem kan ha for den pårørendes psykiske helse. I følge Folkehelseinstituttet tilstandsrapport 2011 hadde 8-10 % av den norske befolkning i Norge betydelige psykiske plager siste 14 dager (Nes & Clech-Aas, 2011). Sammenlignet med normalbefolkningen hadde de pårørende i dette utvalget 6 ganger (62 % vs. 10 %) større hyppighet. Det kan indikere at pårørende til rusmisbrukere er en svært belastet gruppe og i en høyrisiko for egne psykiske helseplager.

Majoriteten av respondentene bodde ikke sammen med misbruker, og om lag halvparten hadde ukentlig eller sjeldnere kontakt med misbruker. Mange av respondentene kunne derfor ha noe fysisk avstand til rusproblematikken. Den høye grad av belastning som resultatene likevel viser kan tyde på at belastningen knyttet til et nært familiemedlems rusmisbruk oppleves stor uansett om pårørende er ofte i direkte kontakt med misbruker eller ikke. Funnene kan indikere at pårørendes kjennskap til hva som foregår, og bekymringene den innsikten aktiverer, uansett representerer en trussel som kan skape negativt stress, og forklares

både i henhold til CATS, Transaksjonsmodellen (Lazarus, 2012; Lazarus & Folkman, 1984) og forståelsen av sekundærtraumatisering (Figley, 1998).

Graden av belastning innen faktoren ”Innvirkning på sosiale relasjoner” (BAS faktor 4) er på linje med tidligere forskning som viser at pårørendes sosiale fungering og nettverk påvirkes av rusproblematikk i familien (Grimstad, 2009; Kristiansen & Myhra, 2013; Lindgaard, 2008; Orford et al., 2005). Jamfør SCSS modellen kan manglende sosial støtte medføre økt opplevd belastning, og de pårørende får ikke den buffereffekt mot stress for helsen som sosial støtte kan representere (Cohen & Syme, 1985; Orford et al., 2005).

4.1.2 Mestring (forskningsspørsmål 3 og 4)

Pårørendes bruk av mange mestringsstrategier sammenfaller med presentert mestringsteori og tidligere forskning (Høie, 2005; Lindgaard, 2008; Orford et al., 2005). Som tidligere forskning har vist må de pårørende håndtere en vond, skremmende, sammensatt og kompleks situasjon, der mye står på spill både for den de er glade i, for sin familie, for eget selvbilde, egen sosiale rolle, egne verdier, egen helse og velvære, og det er rimelig å tenke at de trenger å bruke ulike mestringsstrategier komplementært (Lazarus, 2012). I følge Carver (1989) er problemfokuserte strategier oftest assosiert med redusert psykisk distress, mens emosjonsfokuserte strategier er vurdert som mest adaptive når stressor er noe den enkelte har lite kontroll på (som i dette materialet; en annens rusbruk). Samtidig vil hva som fungerer som adaptiv og maladaptiv mestring være situasjonsspesifikk og endres over tid. I lys av dette var det interessant at de pårørende i utvalget i størst grad brukte de problemfokuserte strategiene aktiv mestring, planlegging og søke instrumentell støtte. Med økt grad av belastning økte spesielt bruken av strategien planlegging. Med utgangspunkt i Transaksjonsmodellen (Lazarus & Folkman, 1984) og SCCS modellen (Orford et al., 2005) synes bruken av problemfokuserert mestring forståelig; pårørende vurderer trolig den belastende situasjonen som viktig å endre og de ønsker å hjelpe, hvilket gir høy motivasjon for å agere. Utvalget bestod av et flertall mødre til narkomane med den illegale virksomhet, stigma, risiko for fengsel og fare for overdose som et slikt misbruk kan medføre. Disse betydelige truslene kan influere de pårørendes vurdering av viktigheten av å agere og øke deres motivasjon for å planlegge hva de skal gjøre, søke råd og aktivt handle. Med utgangspunkt i CATS (Ursin & Eriksen, 2010) ville det kunne forventes at de pårørende var preget av hjelpeløshet og håpløshet, eller atferdsmessig avstandtagen som Carver et al. ser som tegn på hjelpeløshet (Carver et al., 1989). Imidlertid virket de pårørende tvert om generelt aktive i å forsøke finne

og prøve ut løsninger, mestre og tilpasse seg, til tross for gjennomsnittelig lang tid i pårønderollen (15 år). At strategien planlegging er mye brukt understøtter funn fra Orford et al.'s forskning (2005, 2012) der pårørendes mestringsdilemmaer er tydeliggjort: stadige nye situasjoner uten fasit oppstår, med stadige behov for å veie fordeler og ulemper ved de ulike strategier, og planlegge egnet håndtering av den aktuelle situasjon. De dilemma som pårørende ofte står i, med behov for å grensesette på den ene siden og samtidig ønske om å støtte misbruker og bidra til skadereduksjon, er dilemmaer og debatt som parallelt foregår på samfunnsnivå; skal rusbruk grensesettes og straffeforfølges eller skal man skadeforebygge, støtte og sørge for verdighet (Stoltenbergutvalget, 2010).

Bruken av problemfokuset mestring indikerer at de pårørende i dette utvalget i stor grad brukte de mestringsstrategier som Orford et al. (2005) benevner som "standing up". Videre at pårørende til rusmisbrukere handler som pårørende til andre grupper med vedvarende lidelser naturlig ville gjøre; forsøke bidra til endring og bedring. Det er ukjent om pårørende i studien opplevde at mestringsforsøkene fikk det utfallet som var ønskelig, men det var oftest ikke erfaringen hos pårørende inkludert i tidligere studier (Hansen, 1985; Orford, 2012a). Den omfattende bruken av problemfokuserte strategier som brukes er ikke nødvendigvis de mest adaptive med tanke på å ivareta egen psykiske helse, tatt i betraktning studiens høye antall case skår på psykisk distress. I henhold til mestringsteori og forskning (Carver et al., 1989) kan den høye skår på psykisk distress delvis forklares ved at pårørende forsøker endre og løse problem de ikke kan løse, og at deres bruk av problemfokuserte strategier er maladaptive i den situasjonen de er i. Det kan være at strategiene tidligere var, eller i noen tilfeller er, adaptive, men som Carver (1989) og Lazarus (1984) beskriver, kan strategier etter en tid og med endrede situasjonsbetingelser gå fra å fungere adaptivt til maladaptivt. Om mer emosjonsfokuset mestring ville vært mer adaptivt for denne gruppen pårørende har ikke denne studien gitt svar på. Imidlertid kan det være et poeng som påpekt i resiliensforskningen, at strategier som kan gi høyt distress nå, likevel kan være best på lang sikt. Passivitet, håpløshet og hjelpeløshet er funnet å være det verste for helsen (Hauser, 1999; Ursin & Eriksen, 2010).

At de pårørende i dette utvalget brukte mye problemfokuserte strategier kan også indikere at de som personer generelt er aktivt problemløsende og at det er derfor de har oppsøkt hjelp eller tatt kontakt med interesseorganisasjon og veiledningssenter som studien rekrutterte sine informanter fra. Muligens har de fått råd av hjelpepersonell om å være aktivt problemløsende

og derfor fortsetter å være aktive. Det er ukjent hvilke råd pårørende evt. har fått, men ut i fra kjennskap til fagfeltet blir pårørende oftere rådet til å ta mer avstand til rusmisbrukeren, bruke mindre energi på å løse eller kontrollere det til dels ukontrollerbare misbruket, og heller ha mer fokus på å ivareta seg selv og øvrige familiemedlemmer bedre (Lindgaard, 2008; Skartveit, 2010). Pårørende som i størst grad opplever hjelpeløshet og har manglende mestringstillit har mulig blitt passivisert og derfor ikke søkt hjelp eller kontakt med hjelpeapparatet eller interesse organisasjon i første omgang. Videre kan det tenkes at av potensielle respondenter, var det de mest passive som valgte å ikke besvare spørreskjemaene. 94 % av respondentene var kvinner, som i lys av feministperspektivet (Ussher, 1998) og i følge tidligere forskning (Orford et al., 2005; Storbækken & Iversen, 2009) forholder seg mer engasjert til rusproblemet enn menn. Kjønn og kjønnsrollen til respondentene kan ut i fra dette være medforklarende på den høye bruk av problemfokuserte strategier i dette utvalget.

4.1.2.1 Ulikheter i mestring mellom undergrupper

Demografiske variabler synes å ha liten betydning for ulikhet i bruken av de ulike mestringsstrategiene, mens noen signifikante forskjeller fremkom mellom undergrupper kategorisert ut i fra rusrelaterte variabler. Pårørende utsatt for krenkelser, trusler, vold og/eller overgrep brukte bl.a. mer aktiv mestring, enn de som ikke var utsatt for dette. Funnet kan peke i retning av at de i ennå høyere grad opplever behov for å endre situasjonen og forsøker å gjøre noe ("standing up"), eller det kan være at deres forsøk på å regulere rusmisbruket blir møtt med aggresjon. Gruppen utsatt for krenkelser, trusler, vold og/eller overgrep brukte også mer selvdistraksjon og ventilering, samt positiv reformulering enn de som ikke hadde opplevd dette. Disse kan fungere som adaptive strategier for å holde ut situasjonen, men også maladaptive med tanke på at bruk av disse strategiene kan bidra til at endring uteblir, og samspillet og vanskene opprettholdes.

Voksne barn av rusmisbrukere brukte signifikant mer religion som strategi. En forklaring på funnet kan være at gruppen kan ha vært på leting etter mening og trygghet i en utrygg situasjon fra tidlig alder. Pargament (1997) har introdusert begrepet "religiøs mestring", og legger i det å søke det som er betydningsfullt og relatert til det hellige når man er under stress. Å forstå hendelser som Guds vilje og å tenke at man vil få hjelp av Gud til å håndtere vanskene, kan for religiøse være hjelpsomt, støttende og en sentral del av mestringsprosessen. Flere forskere har identifisert "meningsfokuserert mestring" som en kategori av

mestringsstrategier (i tillegg til emosjonsfokusert og problemfokusert mestring), da det å lete etter og forsøke skape mening i kroniske stress situasjoner viser seg å være en mye brukt strategi (Folkman & Moskowitz, 2004). Funnet kan også sees i tråd med Hansens (1985) studie som fant at barn i hjem preget av rus forsøkte skape mening i sterke og uforståelige hendelser uten hjelp av voksne, og at det å relatere seg til Gud og Jesus da kan ha vært en måte å gjøre det på. Betydningen av å vokse opp i hjem med rus viste ingen flere signifikante ulikheter i mestring sammenlignet med pårørende som ikke hadde vokst opp slik. Funnet er ikke i tråd med tidligere forskning som viste at voksne barn av misbrukere gjerne bruker mer emosjonsfokuserte og maladaptive strategier (Lindgaard, 2002). Et relativt lite utvalg og bruk av ikke parametrisk statistikk som er mindre sensitiv enn parametriske analyser kan være en forklaring på mangelen på forventet funn.

At ektefeller brukte mest selvdistraksjon, en strategi Orford et al. (2005) benevner som ”withdrawing”, kan forstås og ansees som en adaptiv strategi da de bor tett på misbruket og må forsøke å finne måter og leve med dette om de skal bli i parforholdet og bevare ”husfreden”. Funnet av at foreldre bruker mest selvbekredning og minst atferdmessig avstandtagen, kan forklares ut i fra rolleforventinger og det ansvar mange foreldre opplever å ha for barna, og er i tråd med tidligere forskning på foreldres mestringsmåter (Dorn, Ribbens & South, 1987; Lindgaard, 2008; Usher et al., 2007).

Pårørende til alkoholmisbrukere brukte signifikant mer avstandtagen enn pårørende til narkomane. Forskjellen mellom gruppene kan skyldes at slektskap her blir en konfunderende variabel, da pårørende til narkomane (68 % av utvalget) primært bestod av mødre, med det ansvar og den motivasjon for aktiv handling som foreldre ofte opplever, som tidligere drøftet.

Mer bruk av religion, selvbekredning og rusbruk blant pårørende som hadde fått økonomiske problem grunnet rusmisbruker sammenlignet med dem som ikke hadde det, kan mulig forklares ved at det å gi økonomisk støtte kan være en kompenserende strategi dersom pårørende har mye selvbekredning, at de strekker seg langt i å bistå med penger grunnet dårlig samvittighet. Alternativt kan det være slik at selvbekredningen kommer etter å ha gitt etter for utpressing av penger og manipulasjon som mange pårørende opplever (Orford et al., 2005). Selvbekredning, som er en vond følelse, kan videre øke behovet for å regulere følelser med rusbruk eller søke trøst og støtte ved å vende seg til religion.

At pårørende som selv hadde fått hjelp brukte mer den problemfokuserte strategien instrumentell støtte og mindre de emosjonsfokuserte strategiene benektning og atferdsmessig avstandtagen, sammenlignet med dem som ikke hadde det, kan være bakgrunnen for at de har oppsøkt hjelp. Det kan videre være slik at de ved sin kontakt med hjelpeinstanser har fått bistand til å erkjenne problemet og bruke aktive strategier. Samtidig brukte gruppen som hadde fått hjelp også mer strategien rusbruk, til forskjell fra gruppen som ikke hadde fått hjelp. Mulig kan bruk av rus være en måte å avlede seg på eller lindre uro og vonde følelser knyttet til erkjennelsen av rusmisbruket og dets konsekvenser.

4.1.2.2 Mestringsstrategien aksept

At strategien aksept er assosiert med redusert psykisk distress, sammenfaller med funn i forskning på andre målgrupper (Carver et al., 1989; Geirdal & Dahl, 2008). Aksept har også blitt et sentralt fokus i ”den tredje bølgen” i den historiske utviklingen av kognitiv terapi. Disse tilnærmingene, som for eksempel Acceptance and Commitment therapy (ACT), Dialektisk atferdsterapi (DBT) og kognitiv terapi med kombinert bruk av Mindfulness (oppmerksomt nærvær), vektlegger det å kunne akseptere eksistensielle grunnvilkår som at livet også består av tap og lidelse. Menneskers tendens til å kjempe i mot erkjennelsen av slike unngåelige realiteter øker heller lidelsen enn å redusere den. I DBT trekkes det frem at endring og aksept står i et dialektisk forhold til hverandre. Mennesker oppfordres til å akseptere den de er, sine følelser og erfaringer, sin historie og sin nåværende situasjon akkurat slik den er, samtidig som de jobber for endring av seg selv og miljøet rundt (Binder, 2014). Aksept og samtidig handling oppsummeres også i den kjente Sinnsrobønnen brukt innen bevegelsen Anonyme Alkoholikere (AA): ”Gud, gi meg sinnsro til å akseptere de ting jeg ikke kan forandre, mot til å forandre det jeg kan, og forstand til å se forskjellen” (Anonyme Alkoholikere, 2015).

Aksept er det motsatte av benektning. Å akseptere belastningen som en realitet foregår i henhold til Transaksjonsmodellen (Lazarus, 2012) i primær vurderingen. Akseptering av at en aktuelt kanskje ikke har tilgang til aktive mestringsstrategier foregår i sekundær vurderingen. Aksept er antakelig spesielt viktig i situasjoner der belastningen ikke er noe en kan løse og fjerne, men som personen må tilpasse seg (Carver et al., 1989). Aksept kan også være et aspekt i revurderingsfasen. Om den pårørende først har forsøkt å endre situasjonen og fjerne trusselen, men evaluert at det ikke har fungert, kan neste mestringsforsøk være at

vedkommende forsøker å akseptere at noe er utenfor ens innflytelse, for deretter heller å finne gode strategier for å leve med problemet. Å akseptere at sitt barn eller sin mor har utviklet et rusproblem som preger hele familien, skaper lidelse og mulig fører til tidlig død, betyr ikke at man liker det, ønsker det skal være slik, skal innfinne seg med alt eller gi opp. Aksept innebærer derimot å erkjenne problemet som det er, ha en realistisk vurdering av situasjonen, for deretter kunne forholde seg mest hensiktsmessig og forsøke endre det som kan endres.

Det Orford et al. (2005) beskriver som "putting up", dvs. å tolerere rusbruken passivt er med andre ord ikke det samme som å akseptere situasjonen slik Carver et al (1989) trekker frem aksept som en adaptiv strategi. I følge Carver (1989) vil ikke aksept i seg selv redusere stress, men aksept kan føre til at man bruker mer adaptive og løsningsfokuserede strategier.

I tillegg til at aksept synes viktig for problemfokuseret, adaptiv mestring og redusert grad av psykisk distress, er det rimelig å anta at det å akseptere også kan influere på relasjonen og samspillet med misbruker, for eksempel ved at forsøk på tildekking og løgn rundt rusbruken kan avta. Lindgaard (2008) fant at også misbruker påvirkes av de pårørende, især partner. Samspillet er en toveis interaksjon (Den kausale forståelsesramme) og pårørendes påvirkning og samspill med misbruker kan ha så vel positiv som negativ innflytelse på misbrukets utvikling og behandling, slik også Orford et al. beskriver i sin SCSS modell (Orford, 1998).

4.1.3 Personlighet (forskningsspørsmål 5)

Økende grad av optimistisk grunnholdning viste sammenheng med redusert belastning og psykisk distress. I henhold til teori om optimisme og personlighet (Carver & Scheier, 2014) kan det skyldes at vedkommende vurderer situasjoner på måter som vedlikeholder troen på at situasjonen vil ende godt eller at hun/han vil mestre eller klare seg ok uansett utfall (Carver & Scheier, 2014). Funnet samstemmer med tidligere forskning som har funnet at det å være grunnleggende optimistisk kan gi større resiliens for stressorer og holdningen kan gi en stressbuffer effekt (Rice 2012). Funnet kan imidlertid også tolkes i motsatt retning; ved tiltagende psykiske symptomer og økte belastninger utvikles et mer pessimistisk grunnsyn eller det blir vanskelig å opprettholde et optimistisk grunnsyn. Som CATS modellen (Ursin & Eriksen, 2004, 2010) forklarer kan manglende mestringserfaringer og redusert mestringstillit gi seg utslag i håpløshet og depresjon. Et av kjernesymptomene på depresjon er negativt og pessimistisk fortolkningsmønster, et fortolkningsmønster som kan virke opprettholdene på den depressive tilstanden (Beck, 1979; Berge & Repål, 2010).

Grad av grunnleggende optimisme viste få signifikante sammenhenger med valg av mestringsstrategier i denne studien. Ut i fra tidligere beskrevet mestringsteori og forskningsfunn (Carver & Scheier, 2014) var det forventet at pårørende med høyere grad av optimistisk grunnholdning ville bruke mer problemfokuserte aktive strategier enn de med lav grad av optimisme. Det ble imidlertid ikke funnet andre signifikante sammenhenger enn at pårørende som var mest optimistiske brukte mer strategien å oppsøke emosjonell støtte og mindre atferdsmessig avstandtagen (gi opp). Bruken av emosjonell støtte samsvarer med tidligere forskningsfunn som indikerer at optimister har bedre sosiale relasjoner (Carver & Scheier, 2014). Optimisme har videre vist seg relatert til engasjerte aktive mestringsmåter (Nes & Segerstrom, 2006), hvilket er det motsatte av avstandsmessig avstandtagen. Å kunne beholde håpet er i litteraturen vektlagt av de pårørende selv (Høie, 2005; Kaafjeld, 2004; Skartveit, 2010) og kan sees relatert til optimistisk grunnholdning med å forvente positivt utfall til slutt eller at en klarer seg godt uansett. Vektleggingen av optimisme har også parallell tenking innen resiliens og salutogense tilnærmingen. Antonovskys "Sense of coherence" begrep beskriver hvordan den subjektive opplevelse av å begripe, håndtere og erfare mening i en vanskelig situasjon, er en viktig faktor som bidrar til hensiktsmessig mestring og rehabilitering etter psykisk stress (Antonovsky, 2012).

At flere signifikante sammenhenger mellom optimisme og bruk av enkelte mestringsstrategier ikke ble funnet kan også skyldes begrensninger ved LOT-R instrumentet og valget av dette verktøyet som mål på personens vurdering (appraisal). Muligens er det videre vanskelig å måle optimistisk grunnholdning dersom pårørende på undersøkelsestidspunktet stod i en krise eller nylig hadde erfart svært belastende hendelser. Samtidig som mestringsstil, som følge Carver og Scheier (2014) i stor grad baserer seg på grunnleggende antakelser, kognitive vurderinger og tillærte håndteringsmåter i, trolig også vil vise seg i slike situasjoner.

Å være for optimistisk, i den forstand at det medfører et urealistisk håp om rusmisbrukers endring, kan tenkes også å kunne være problematisk for pårørende dersom det bidrar til gjentatt bruk av maladaptive problemfokuserte strategier som ikke fører frem, eller blir til hinder for å akseptere situasjonen som den er. Det er imidlertid ikke foreløpig funnet tydelig forskningsgrunnlag for at optimister senere enn pessimister oppgir urealistiske mål eller overser forhold de ikke ønsker å relatere seg til (Carver et al., 2010; Rasmussen et al., 2006).

4.1.4 Sammenhenger mellom belastning, personlighet, mestring og psykisk helse (forskningsspørsmål 6)

Resultatene fra korrelasjonsanalysene og regresjonen ga delvis støtte til Transaksjonsmodellen, og til CATS og SCSS modellen, om at det er sammenhenger mellom stressor/belastning (BAS), fortolkningen av stressor (LOT-R) i form av optimisme, valg av mestringsstrategier (Brief COPE aksept) og psykisk helse (GHQ 12). Det var ut i fra de presenterte mestringsteorier og tidligere forskning imidlertid forventet å finne flere signifikante sammenhenger mellom bruk av mestringsstrategier og psykisk distress enn det analysene viste. Regresjonsanalysen viste også at variansen i case og ikke-case skår på psykisk distress inkluderer flere faktorer enn undersøkt i denne studien.

Andre faktorer av betydning for mestring og psykisk helse enn belyst, kan ut i fra erfaring være at pårørende også lever under andre sosialt belastende forhold, om de selv har et lavt selvbilde, en psykisk eller somatisk lidelse uavhengig av pårønderollen, om de selv har et mer omfattende rusbruk enn rapportert, og om de har omsorg for barn eller ikke og hvordan disse barna har det. Som tidligere forskning har funnet kan eventuelle ulikheter i opplevd belastning, mestring og psykiske helseplager også ha sammenheng med faktorer som rusmisbrukerens rusmønster, atferd og samtidige somatiske og psykiske lidelser, samt med relasjonen mellom misbruker og den pårørende (Bøckmann, 2010; Storbækken & Iversen, 2009). I følge Nordlie (2003b) kan ulikheter i gener, evner og tillærte reaksjonsmønster ha betydning, samt hjelp og avlastning. Lazarus (2012) fremhever hvordan mestringsprosessen som helhet påvirkes av sosiale forventninger, roller og relasjonelt samspill med øvrige omgivelser, hvilket ikke ble kartlagt i denne studien.

Orford et al. (2005, s. 220) oppsummerer følgende faktorer som kan påvirke erfaringene og ulikhetene mellom de pårørende i opplevd belastning, mestring og psykiske plager: Tradisjonelle versus moderne familieroller, familiens materielle levekår (trygghet – utrygghet), kjønn, type relasjon til misbruker, kulturelle normer (individualitets-, familie-, kollektiv-, eller nærmiljøfokusert), type rusmiddel misbruker tar (illegalt eller legalt, nylig avdekket eller kjent over tid), og rusmønsteret (drikker hjemme eller ute, toleranse for bruken i nærmiljøet, "bingedriking" eller jevn, roligere drikking). Mer fokus på disse faktorene i studien kunne trolig ha belyst sammenhengen mellom belastning, personlighet, mestring og psykisk helse ytterligere.

4.2 Metodiske styrker og svakheter

Kvantitativ metode har blitt kritisert for at den gir lite innsikt i det som skjer mellom mennesker og meningsdimensjonen som ligger i all menneskelig handling. En tverrsnittsundersøkelse som denne gir heller ikke mulighet for å undersøke mestringen i et situasjonsbetinget perspektiv eller et lengre tidsperspektiv der pårørendes situasjon vil endre seg. Begrensningene i å få tak i meningsinnhold og det kontekstavhengige kunne vært møtt med kombinert kvalitativ og kvantitativ metode (mixed methods) (Malterud, 2011). En slik tosidig tilnærming kunne styrket studien ved å ha en samtidig mer dyptgående utforskning av pårørendes vurderinger forut for bruk av mestringsstrategi i ulike situasjoner. Samtidig vurderes at tidligere kvalitativ forskning har bidratt med slik supplerende kunnskap (Høie, 2005; Orford et al., 2005).

Transaksjonsmodellen, SCCS og CATS vektlegger mestring som en dynamisk prosess. Ved operasjonalisering og statistiske analyser blir komplekse forhold forenklet og får ikke tatt opp i seg intrapsyriske faktorer og det dynamiske samspillet med omgivelsene den pårørende er i. Dette reduserer modellenes egnethet som rammeverk for kvantitativ metode og en tverrsnittsundersøkelse som brukt her, og kan ha hatt betydning for resultatene. Samtidig erfartes det teoretiske rammeverket nyttig både for design og forståelse.

Utfordringer ved kvantitativ undersøkelse er operasjonaliseringen, valg av utvalg, måle-verktøy, forsker bias, nøyaktighet i prosedyrene, og valg og gjennomføring av statistiske analyser. Systematiske og tilfeldige målefeil kan true reliabiliteten. Kvantitative undersøkelser designes tidlig i prosessen, og designet er lite fleksibelt med tanke på å kunne endre og justere det underveis med økt kunnskap (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010).

Fordeler ved bruk av spørreskjema er at svarene allerede er standardisert som gir muligheter til generalisering. Svar fra mange kan samles inn på relativt kort tid, og man kan se på sammenhenger ved statistiske analyser. Ulemper ved bruk av standardiserte spørreskjema er at misforståelser kan gi gale svar og man får i begrenset grad tak i nyanser (Friis & Vaglum, 1999). I stressforskningen nevnes at retrospektiv rapportering av hvilken mestringsstrategi en har brukt, kan være påvirket av flere forhold og bli ukorrekt, samtidig kan man overse flere strategier om en ikke har en utfyllende sjekklister å vurdere seg opp i mot ved bevarelse (Folkman & Moskowitz, 2004). En mulig feilkilde ved selvrapporing er at svarene bygger

på informantens selvoppfattelse og selvbevisste fremstilling, og svarene kan bevisst eller ubevisst bli fordreiet i en mer ”ønsket” virkelighetsbeskrivelse (Rosenberg, 1993). På den annen side er det viktig å få tak i respondentenes subjektive oppfatning, og siden besvarelsen var anonym, er det rimelig å anta at spørsmålene var lite truende og svarene troverdige.

Det ville styrket studien om rekrutteringsdesignet ga oversikt over hvor mange som ble spurt om å delta i studien, hvor mange som takket nei og hvorfor svarene uteble, slik at en bortfallsanalyse kunne gjøres. Mulig ville svarprosenten økt dersom forsker selv stod direkte for kontakten med og rekrutteringen av de potensielle respondenter.

Studien hadde et lite utvalg og flertallet var mødre til misbrukere av illegale rusmidler. Gjennomsnittsalderen i utvalget var relativt høy (49,6 år) og tiden i pårørenderollen var relativt lang (gj.snitt 15 år). Om lag halvparten av respondentene hadde også vokst opp i hjem preget av rus. Respondentene kan med bakgrunn i dette og at de hadde kommet i kontakt med hjelpeinstanser, hvilket de færreste pårørende til rusmisbrukere gjør (Storbækken & Iversen, 2009), tenkes var pårørende som hadde større belastninger enn mange andre pårørende. Dette begrenser representativiteten med tanke på å dra slutninger til den store pårørendegruppen som kunne kommet inn under inklusjonskriteriene. Mangelen på menn i utvalget begrenser også generaliserbarheten av funnene, men at det var flest kvinner som svarte var som i andre studier av pårørende (Grimstad, 2009; Hansen, 1985; Kristiansen & Myhra, 2013; Lindgaard, 2008; Orford et al., 2005; Storbækken & Iversen, 2009). En overvekt av kvinnelige informanter var forventet også ut i fra at kvinner søker profesjonell hjelp hyppigere enn menn (Storbækken & Iversen, 2009) og har mer kontakt med de hjelpeinstanser som studien rekrutterte sine respondenter fra (Nes & Clech-Aas, 2011). I henhold til feminismeperspektivet (Ussher, 1998) kan dette være et uttrykk for kjønn og kvinnerollen i vår kultur. Det er funnet at det er like mye psykopatologi hos begge kjønn, men at kvinner har mer introverte psykiske problem som angst og depresjon, enn menn som har mer ekstroverte vansker som rusmisbruk og antisosial atferd (Prior & Campling, 1999; Rosenfield, 1999).

Studiens respondenter var et bekvemmelighetsutvalg og et klyngeutvalg. Disse forhold gir mer statistisk usikkerhet og dårligere presisjon ved forsøk på å generalisere (Friis & Vaglum, 1999). Med tanke på gjennomførbarhet ble disse likevel valgt til å representere populasjonen pårørende til mennesker med ruslidelser. Det kan antas at siden rekrutteringen var via ulike deler av behandlingsapparatet og frivillige organisasjoner nådde man en noe differensiert

gruppe. Pårørende i aktuelle fylke er sannsynligvis heller ikke så ulike pårørende i andre fylker i Norge. Det kan sees som en styrke ved rekrutteringen at den ble tilfeldig, noe som vanligvis reduserer faren for utvalgsskjevhet (Johannessen et al., 2010).

Da studien benyttet mye brukte og vel utprøvde måleverktøy ga det potensiell høy reliabilitet (Johannessen et al., 2010), og analyser av intern konsistensreliabiliteten ved Cronbachs alfa viste høy reliabilitet på alle skalaer utenom LOT-R. Ekstern validitet var svekket av skjevheten i utvalget, det relativt lave antall N og at svarprosenten var relativt lav og usikker.

Vedrørende instrumentene vurderes i ettertid at BAS ikke var optimalt for å avdekke målgruppens belastninger. "Ta vare på/ta deg av" spørsmålene passet muligens ikke helt, da pårørende til mennesker med ruslidelse trolig ikke opplever at "å passe på" primært er den oppgaven og utfordringen de har. Ca 13 % hadde svart "ikke relevant" på to eller flere spørsmål og ble derfor ikke inkludert i totalskår. Det svekker validiteten (antallet missing bør ikke være over 5 % (Tabachnick & Fidell, 2013)), og indikerer at spørsmålene ikke traff gruppen så godt. Faktoren som omhandlet rusmisbrukets belastning i parforholdet gjaldt så få respondenter at hele faktoren ble tatt ut ved beregning av totalskår. På den annen side var BAS etter omfattende leting det mest dekkende og relevante oversatte instrumentet som ble funnet til å måle belastning hos pårørende, og instrumentet kunne i følge Sell et al. (1998) relativt enkelt tilpasses og brukes for å måle belastning hos omsorgsgivere til også andre med vedvarende lidelser. En fordel med BAS var videre muligheten det ga til å sammenligne resultater fra denne studien med resultater fra en nylig gjennomført studie på pårørende til psykisk syke som også hadde brukt dette verktøyet (Weimand et al., 2010).

Brief COPE har den fordel at den favner et bredt spekter av mestringsstrategier. Imidlertid tar ikke måleinstrumentet opp i seg tidsdimensjonen, det mangfoldet av situasjoner den pårørende står i med rusmisbruker, og ikke hva den pårørende vurderer før bruk av de ulike strategier. Det var i studien spurt etter hva den pårørende vanligvis gjør ved utfordringer knyttet til rusmisbruket, altså deres mestringsstil og ikke den kontekstavhengige mestring. Spørsmålene kunne ikke gi svar på hvordan personens målhierarki, grunnleggende antakelser og sosiale omstendigheter var, hvilket Transaksjonsmodellen (Lazarus & Folkman, 1984) trekker frem som sentralt for å forstå den enkeltes vurdering og valg av mestringsrespons, og for å vurdere om strategien er adaptiv eller maladaptiv. Vurderingsfaktoren hos respondenten var imidlertid forsøkt målt ved LOT-R. En forenklet tilnærming til mestringsprosessen som

Brief COPE og tilsvarende instrument representerer er av flere blitt kritisert (Carver et al., 1989; Lazarus, 1993; Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003). Samtidig er verktøyet mye brukt, reliabilitetstestet og har vist seg nyttig i forskningen (Carver, 1997b).

LOT-R viste en noe lav intern konsistens reliabilitet, som begrenser hvor mye vekt resultatene som bygger på målinger ved dette instrumentet kan tillegges. Optimisme som indikator på personlighet ble valgt ut i fra litteratur, men var kun en av flere aktuelle personvariabler som kunne blitt nærmere studert i denne sammenheng. I ettertid ville muligens The Big Five Inventory (Engvik, 2011) i stedet blitt valgt, da det kunne gjort det mulig å undersøke flere personlighetsfaktorerens betydning for belastning, mestring og psykisk helse, og kanskje ville dette verktøyet hatt en høyere intern konsistens reliabilitet.

GHQ 12 er et instrument som er mye brukt og har høy reliabilitet. Instrumentet måler ikke fysisk sykdom og psykosomatiske reaksjoner, hvilket kunne vært interessant å studere, både i lys av den betydelige grad av psykosomatiske plager Nordlie fant (1990, 2003b), og i lys av hvordan CATS beskriver den fysiologiske tilpasning ved stress (Ursin & Eriksen, 2010).

Bakgrunnsinformasjonen som ble innhentet ga mulighet til å undersøke flere ulike forhold som kunne ha betydning for mestringen. I ettertid erfares det som en svakhet at det ikke var spørsmål om respondenten hadde omsorg for barn, hvilket kunne hatt sentral betydning for valg av mestringsstrategier. Likeledes spørsmål om etnisitet, kulturell og religiøs bakgrunn, og mer om den enkeltes sosiale nettverk, samtidig måtte antall spørsmål av hensyn til respondentene begrenses.

Da distribusjonen på de fleste kontinuerlige skalaer var skjevfordelte og utvalget relativt lite, ble det brukt ikke parametriske analyser. Det reduserte analysemulighetene, og da de ikke parametriske testene er mindre sensitive enn parametriske kan de overse sammenhenger og ulikheter mellom grupper som faktisk finnes (Pallant, 2013). At flere signifikante sammenhenger mellom variabler og ulikheter mellom grupper ikke ble funnet, kan også være uttrykk for begrensninger ved måleverktøyene og designet. Det ble utført mange statistiske sammenligninger mellom undergrupper fordelt på demografiske og rusrelaterede variabler på et lite utvalg ($p < .05$). Dette kan gi fare for å forkaste nullhypotesen selv om den er sann (type 1 feil), og resultatene må derfor brukes kritisk og med forsiktighet (Johannessen et al., 2010).

Skjevfordelingen i utvalget, det relativt lave antall N, samt det usikre antall bortfall, reduserer ekstern validitet og betyr at generaliseringer fra denne studien utover populasjonen ”kvinnelige pårørende i kontakt med hjelpetjenester” bør gjøres med varsomhet. Det som kan styrke antakelsene om at funnene er generaliserbare, er at funnene i stor grad samsvarer med tidligere forskning og teori.

5 Konklusjoner og kliniske implikasjoner

5.1 Oppsummering og konklusjoner

Denne studien brukte et kvantitativt forskningsdesign for å forsøke beskrive og besvare problemstilling og forskningsspørsmål om hvilke sammenhenger det er mellom belastning, personlighet, bruk av mestringsstrategier og psykisk helse hos pårørende til mennesker med ruslidelser. Et særlig fokus var på pårørendes bruk av mestringsstrategier. En tverrsnittsundersøkelse på et utvalg av 47 pårørende ble gjennomført høsten 2014 – våren 2015. Respondentene besvarte selvutfyllende skjema vedrørende opplevd belastning, grad av optimistisk grunnholdning, bruk av mestringsstrategier for å håndtere situasjonen med et familiemedlems rusmisbruk og grad av psykisk distress, samt spørsmål om demografi og rusrelaterte forhold. Tidligere forskning har vist at pårørende står i en form for kronisk stress situasjon som synes å ha betydning for deres psykiske helse, og mestringsforskningen har vist at det med tanke på å ivareta egen psykisk helse synes å være gode og mindre gode måter å håndtere stress på. Formålet med studien var å undersøke om det fantes slike sammenhenger i dette utvalget. Tre mestringsteorier som var vurdert som særlig relevante for å forstå sammenhengene mellom belastning, personlighet, mestring og psykisk helse utgjorde det teoretiske rammeverket og ble presentert, hvorav Transaksjonsmodellen for stress (Lazarus & Folkman, 1984) også var betydningsfull for designet og valg av måleverktøy. Stress-strain-coping-support (SSCS) modellen bidro med vektleggingen av sosial støtte og bruk av hensiktsmessige mestringsstrategier for å begrense konsekvenser av belastning (Orford et al., 2005), mens The cognitive activation theory of stress (CATS) også kunne gi forklaring på hvordan organismen fysisk reagerer på vedvarende negativt stress (Ursin & Eriksen, 2010).

Hovedfunnene i studien var at de pårørende var en gruppe med store belastninger og betydelig grad av psykisk distress. Studien viste 6 ganger så høy prevalens av psykisk lidelse enn i

normalbefolkningen. Belastningsgrad og psykisk distress viste signifikant positiv korrelasjon, som indikerer at med økt belastning reduseres den psykiske helsen og vice versa. Pårørende med høyere grad av optimistisk personlighet opplevde lavere grad av belastning og psykisk distress. Funnet kan antyde at personlighet og vurderingen av stress situasjonen har en betydning for pårørendes belastninger og psykiske distress. Studien viste videre at pårørende brukte alle mestringsstrategier, både problemfokuserte og emosjonsfokuserte for å håndtere sin situasjon som pårørende. Problemfokuserte strategier var noe mer brukt enn emosjonsfokuserte. Med økende belastning brukte pårørende mer den problemfokuserte strategien planlegging. Dette viser at selv om et familiemedlems rusbruk kan være lite kontrollerbart og pårørende tungt belastet, ga de pårørende i utvalget ikke opp å forsøke og finne måter å endre, bedre og hjelpe på. Det å kunne akseptere situasjonen var signifikant assosiert med redusert grad av psykisk distress. Funnet samsvarer med funn fra annen forskning og med vektlegging av aksept i den tredje bølge av kognitiv terapi som utbrer seg i klinisk hverdag. Belastning, personlighet/optimisme og mestring ved aksept forklarte mellom 10,6 % og 14,5 % av variansen mellom case og ikke-case i psykisk distress.

5.2 Kliniske implikasjoner

Resultatene viser at pårørende til rusmisbrukere er en belastet gruppe i høy risiko for psykiske helseplager. Funnene understreker betydningen av å tilby pårørende støtte, informasjon og hjelp så de kan ivareta og bedre sin psykiske helse. Behov for psykologisk behandling av tilstander som angst, depresjon og PTSD bør screenes ved kontakt med pårørende i førstelinjen.

Bevisstgjøring er nødvendig for god mestring (Vifladt et al., 2004) og manglende mestringsferdigheter kan læres (Folkman & Moskowitz, 2004). Pårørende bør derfor tilbys bistand til bevisstgjøring omkring egen mestring av rusproblemet i familien, og ved behov opplæring i nye mestringsstrategier. Kunnskap om at mestring ved aksept har vist sammenheng med bedre psykisk helse bør i den forbindelse formidles, og samtale omkring kjente sammenhenger mellom belastning, optimisme, mestring og psykisk helse kan bidra til refleksjon og til at pårørende bevisst kan ta aktivt stilling til hvordan de vil håndtere sin spesifikke utfordrende situasjon. Pårørende bør ha tilgang på en trygg, ikke-dømmende samtalepartner der de kan registrere og beskrive sine erfaringer, få anerkjennelse for sine mestringsforsøk, og få støtte til å finne hensiktsmessige svar og løsninger på egne

utfordringer. Veiledning av fagpersoner kan bidra til at den enkelte pårørende gjør selvstendige valg og får kraft til å gjøre noe med sin situasjon. Dette flytter fagpersonenes rolle fra ”friskgjører” til ”katalysator” for pårørendes egen innsats og aktivitet, i tråd med myndighetenes føringer for hvordan vi i fremtiden skal møte vedvarende helseutfordringer (Vifladt et al., 2004).

Det er viktig at personell i hjelpeapparatet har en forståelse av pårørendes situasjon og deres bruk av mestringsstrategier for å håndtere denne. At pårørende i stor grad kan bruke problemfokuserede strategier, selv etter mange år som pårørende og til tross for at et familiemedlems rusmisbruk oftest er utenfor deres kontroll, kan være viktig for helsepersonell å være oppmerksom på og tematisere med pårørende dette er aktuelt for. Det bør i samarbeid utforskes om disse strategier synes adaptive eller ikke for vedkommende, og hvilke konsekvenser mestringsmåtene har for vedkommendes helse. Hjelpepersonell må kjenne pårørendes mål, verdier, unike situasjon og dilemmaer for å kunne vurdere andres mestring (Folkman & Moskowitz, 2004), og bør derfor være varsom med å gi pårørende bestemte råd eller kritisere mestringsforsøk. Samtidig kan mestringsteori og forskningsfunn som akseptsammenheng med psykisk helse, gi indikasjoner på hvilke strategier som synes å kunne fungere bedre enn andre for helsen, hvilket kan gi retning for veiledning og terapi. Å hjelpe pårørende til å erkjenne og akseptere situasjonen kan muligens gjøres ved mer informasjon omkring rus og avhengighet, tilrettelegge for at pårørende kan møte andre i lignende situasjon, og gjennom nevnte trygge, anerkjennende og bevisstgjørende samtaler. Involvering av pårørende i rusmisbrukers behandling kan også gi pårørende kunnskap, bidra til bevisstgjøring og aksept av situasjonen, samt gi opplevelse av økt kontroll og støtte.

Kognitiv terapi der aksept fokuset vektlegges kan ha en plass i arbeidet med pårørende, sammen med andre anerkjente stressmestringsmetoder som for eksempel fysisk trening (Jonsdottir & Ursin, 2009; Martinsen, 1989) og avspenningsøvelser (Manzoni, Pagnini, Castelnuovo & Molinari, 2008).

Kognitiv terapi er også en metode for å jobbe med endring av menneskers grunnleggende fortolkningsmønstre, fra overdrevent negativt til mer nyansert og hjelpsomt (Beck, 1979). Om metoden kan brukes for å øke pårørende til rusavhengiges grunnleggende optimistiske grunnholdning, som denne studien indikerer kan ha en gunstig effekt for den psykiske helsen, bør undersøkes nærmere.

Funnene i denne studien gir støtte til flere av de sammenhengene mellom belastning, personlighet, mestring og psykisk helse som er teoretisert i CATS, Transaksjonsmodellen og SCCS modellen. Det er gjennom denne studien ikke funnet mangler i det teoretiske rammeverket, men det å forske på disse komplekse og dynamiske sammenhengene ved kvantitativ metode er en videre utfordring og oppgave som bør gjøres.

6 Videre forskning

Ut fra kjennskapen til dette fagfeltet mangler det forskning på menns erfaringer, mestring og eventuelle psykiske plager som pårørende til rusavhengige. Søsken situasjon er også lite studert. Sammenhenger mellom etnisitet, kulturell og religiøs bakgrunn og pårørendes belastning, personlighet, mestring, psykiske helse, ville også gitt nyttig informasjon for hjelpeapparatet som skal yte tjenester til en sammensatt flerkulturell befolkning.

Studier med fokus på mestring med et større og mer representativt utvalg bør gjøres. Det kunne være interessant å følge pårørende ved longitudinelle studier for å få mer kunnskap om hvordan deres vurderinger, mestring og psykiske helse endrer seg over tid, øke kunnskapen om mestringsprosessen i et livsløpsperspektiv, og på denne måten finne mer ut av hva som kan vurderes som adaptivt på kort versus lang sikt. En større studie kunne også ta mål av seg å forsøke finne mer ut av hvilke andre faktorer enn vektlagt her som påvirker belastning, mestring og psykisk helse, og hvordan de ulike faktorene komplekst er assosiert med hverandre ved multivariate analyser og ved bruk av mixed methods design.

Med et salutogenetisk utgangspunkt ville det videre være nyttig å undersøke hva som kjennetegner, og hvordan mestrer, de pårørende som ikke er i kontakt med hjelpetjenestene. En mixed methods studie ville også da kunne være fordelsaktig for å se på både sammenhenger på gruppenivå og få tak i pårørendes meningsdimensjon: Hvilken vurdering legger disse pårørende i rusmisbruket, hva gjør og forteller de seg selv for å leve med dette?

Positiv psykologi fremhever at også mennesker med store belastninger og lidelser ønsker noe mer enn bare å få lindring. De ønsker glede og tilfredsstillelse, et liv med mening og hensikt (Duckworth, Steen & Seligman, 2005). Mer forskning på hva som kan gi et gledelig, engasjert og meningsfullt liv, selv om et familiemedlem har et vedvarende rusproblem, ville gitt nyttig informasjon til det psykiske helsearbeidet med pårørende til mennesker med ruslidelse.

7 Referanseliste

- Aldridge, A. A. & Roesch, S. C. (2007). Coping and adjustment in children with cancer: a meta-analytic study. *J Behav Med*, 30(2), 115-129. doi:10.1007/s10865-006-9087-y
- Anda, R. F., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Chapman, D., Edwards, V. J., Dube, S. R. & Williamson, D. F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatr Serv*, 53(8), 1001-1009. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12161676>
- Anonyme Alkoholikere. (2015). *Sinnsrobønnen*. Hentet 14.05.2015 fra <http://www.anonymealkoholikere.com/sinnroboen.html>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bancroft, A., Wilson, S., Cunningham-Burley, S., Backett-Milburn, K. & Masters, H. (2004). *Praental drug and alcohol misuse. Resilience and transition among young people*. York: York Publishing Services Ltd.
- Barboza Solis, C., Kelly-Irving, M., Fantin, R., Darnaudey, M., Torrisani, J., Lang, T. & Delpierre, C. (2015). Adverse childhood experiences and physiological wear-and-tear in midlife: Findings from the 1958 British birth cohort. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 112(7), E738-746. doi:10.1073/pnas.1417325112
- Barnes, M. F. (Red.). (1998). *Understanding the secondary traumatic stress of parents*. London: Innovations in psychology. CRC Press.
- Bateson, G. (Red.). (1992). *The cybernics of "self": A theory of alcoholism*. Washington D.C.: American Psychological association.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2006). *Kognitiv terapi: teori, udøvelse og refleksion*. København: Akademisk forlag.
- Berge, T. & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen: lær deg kognitiv terapi* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Binder, P.-E. (2014). *Mindfulness i psykologisk behandling*. Oslo: Universitetsforl.
- Bryhni, A., Bye E.K., Hauge R., Horverak, Ø., Nordlund, S., Skretting, A. (2006). *Rusmidler i Norge 2006. Det norske drikkemønsteret - under endring?*
- Bøckmann, K. K., A. (2010). *Pårørende i helsetjenesten. En klinisk og juridisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. New York: Norton & Company.
- Carver, C. S. (1997a). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med*, 4(1), 92-100. doi:10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C. S. (1997b). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavior Medicine*, 4, 92-100.
- Carver, C. S. & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annu Rev Psychol*, 61, 679-704. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Carver, C. S. & Scheier, M. (1981). *Attention and self-regulation: a control-theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.
- Carver, C. S. & Scheier, M. (1998). *On the self-regulation of behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2014). Dispositional optimism. *Trends Cogn Sci*. doi:10.1016/j.tics.2014.02.003
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clin Psychol Rev*, 30(7), 879-889. doi:10.1016/j.cpr.2010.01.006

- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*, 56(2), 267-283. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2926629>
- Cermark, T. L. (1986). *Diagnosing and Treating co-dependence*. Minnesota: Johnson Institutes books.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S. & Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. Orlando, Fla.: Academic Press.
- Copello, A. & Orford, J. (2002). Addiction and the family: is it time for services to take notice of the evidence? *Addiction*, 97(11), 1361-1363. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12410776>
- Copello, A. G., Velleman, R. D. & Templeton, L. J. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug Alcohol Rev*, 24(4), 369-385. doi:10.1080/09595230500302356
- Cottman, B. (1998). A psychodynamic perspective. I R. Velleman, A. Copello, & J. Maslin (Red.), *Living with drink. Women who live with problem drinkers*. London og New York: Addison Wesley Longman Limited.
- Cutland, Liz. (1998). A codependency perspective. I R. Velleman, A. Copello, & J. Maslin (Red.), *Living with drink. Women who live with problem drinkers*. London og New York: Addison Wesley Longman Limited.
- Dorn, N., Ribbens, J. & South, N. (1987). *Coping with a nightmare. family feelings about long-term drug use*. London: Institute for the Study of Drug Dependence.
- Drageset, S. E., S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning - en introduksjon og oversikt. *Norsk tidsskrift for helseforskning*, nr 2, 5 årgang, 100-113.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A. & Seligman, M. E. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annu Rev Clin Psychol*, 1, 629-651. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154
- Eide, J. & Johnson, B. H. (2002). Diagnosen akutt stresslidelse og forebygging av posttraumatisk stresslidelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 39, 987-995.
- Engvik, H. (2011). Norsk kortversjon av Big Five Inventory FBI-20. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(9), 869-872.
- Fekjær, H. O. (2009). *Rus: bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Figley, C. R. (1998). *Burnout in families: the systemic costs of caring*. Boca Raton, Fla.: CRC Press.
- Folkehelseinstituttet. (2014). Folkehelse rapporten 2014. www.fhi.no. 02.09.2014.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol*, 55, 745-774. doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.141456
- Forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning. (2009). *Forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-07-01-955>
- Fox-Wasylyshyn, S. M. & El-Masri, M. M. (2005). Handling missing data in self-report measures. *Res Nurs Health*, 28(6), 488-495. doi:10.1002/nur.20100
- Friis, S. & Vaglum, P. (1999). *Fra idé til prosjekt: en innføring i klinisk forskning*.
- Fryer, D. (1998). A community psychological perspective. I R. Velleman, A. Copello, & J. Maslin (Red.), *Living with drink. Women who live with problem drinkers*. London og New York: Addison Wesley Longman Limited.
- Geirdal, A. O. & Dahl, A. A. (2008). The relationship between coping strategies and anxiety in women from families with familial breast-ovarian cancer in the absence of demonstrated mutations. *Psychooncology*, 17(1), 49-57. doi:10.1002/pon.1198

- Goldberg, D. & Williams, P. (1988). *A user's guide to the general health questionnaire*. London: Nfer-Nelson.
- Grimstad, V. (2009). *Pårørendepasienter ved Borgestadklinikken: Hvem er de og hvilke plager har de? Systematiserte data fra tidsrommet 2006-2008*. Skien Borgestadklinikken. Kompetansesenter rus-region Sør.
- Hansen, F. A. (1985). *Rusmisbruk i et familieperspektiv. Hvilke utviklingsmessige konsekvenser kan det få for barn*. Skien: Borgestadklinikken.
- Hasle, B. (2005). *Når barn har en psykisk vanske: et foreldrepars opplevelser*. Høgskulen i Volda: BraVo.
- Haugland, B. S. (2003). Paternal alcohol abuse: relationship between child adjustment, parental characteristics, and family functioning. *Child Psychiatry Hum Dev*, 34(2), 127-146. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14617946>
- Hauser, S. T. (1999). Understanding Resilient Outcomes: Adolescents Lives Across Time and Generations. *Journal of research on adolescence*, 9(1), 1-24.
- Helsedirektoratet. (2008). *Pårørende - en ressurs: veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* Oslo. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res*, 11(2), 213-218. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6059863>
- Hubert, M., Knottnerus, J.A., Green, L. et al. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343.
- Høie, M. M. (2005). *Sorgen som aldri tar slutt: en kvalitativ studie av emosjonelle reaksjoner ved det å være foreldre til et barn som misbruker narkotika*. [Trondheim]: M. Høie.
- Høie, M. M. & Drottz-Sjøberg, B.-M. (2007). *"Forbannede, elskede barn": narkotikamisbruk sett i lys av pårørendes erfaringer*.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Jonsdottir, I. H. & Ursin, H. (2009). Stress. I J. Henriksson, J. Karlsson, R. Bahr, & B.-I. Larsen (Red.), *Aktivitetshåndboken*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Kaafjeld, F. (Red.). (2004). *På nåler. 11 stoffmisbrukere. 11 familier. 11 historier*. Oslo: Orion Forlag AS.
- Kirkengen, A. L. (2009). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Kristiansen, E., Roberts, G. C. & Abrahamsen, F. E. (2008). Achievement involvement and stress coping in elite wrestling. *Scand J Med Sci Sports*, 18(4), 526-538. doi:10.1111/j.1600-0838.2007.00646.x
- Kristiansen, R. & Myhra, A.-B. (2013). *Hvem er de pårørende som søker behandling, og hva slags belastninger rapporterer de om? Kartlegging av pårørendepasienter ved Borgestadklinikken 2009-2011* (58 s.). Skien: Kompetansesenter rus - region sør, Borgestadklinikken.
- Kuipers, E. & Bebbington, P. E. (2004). Research on burden and coping strategies in families of people with mental disorders: Problems and perspectives. . I N. Sartorius, J. Leff, J. J. Lopez-Ibor, M. Maj, & A. Okasha (Red.), *Families and mental disorders. From burden to empowerment*. (s. 217-234). Chichester, West Sussex: John Wiley and Sons Ltd.

- Kvernbekk, T. (2002). Vitenskapsteoretiske perspektiver. I T. Lund (Red.), *Innføring i forskningsmetodologi* (s. 19-78). Oslo: Unipub forlag.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosom Med*, 55(3), 234-247. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8346332>
- Lazarus, R. S. (2012). Evolution of a model of stress, coping, and discrete emotions. I V. H. Rice (Red.), *Handbook of Stress, coping, and health. Implications for nursing research, theory and practice*. (second. utg., s. 199-225). Los Angeles: SAGE Publications.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lilleeng, S. (2007). *Pasienter med rusmiddelmisbruk og samtidige psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne* (SINTEF rapport 978-82-14-04204-7). Trondheim: SINTEF Helse.
- Lindgaard, H. (2002). *Voksne børn fra familier med alkoholproblemer : mestring og modstandsdyktighed*. Aarhus: Center for rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Lindgaard, H. (2006). *Familieorienteret alkoholbehandling: et litteraturstudium af familiebehandlingens effekter*. København: Sundhedsstyrelsen, Viden- og dokumentationsenheden.
- Lindgaard, H. (2008). *Afhængighed og relationer: de pårørendes perspektiv*. Aarhus Universitet: Center for Rusmiddelforskning.
- Lipps, A. J. (1999). Family Therapy in the treatment of Alcohol related problems: A review of Behavioral Family Therapy, Family Systems Therapy and Treatment matching research. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 17(3), 13-23.
- Malt, U. F. & Mykletun, A. (2012). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning; en innføring (3 utg)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnuovo, G. & Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8, 41. doi:10.1186/1471-244X-8-41
- Martinsen, E. W. (1989). [Physical training as a therapeutic method in depression]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 109(11), 1175-1176, 1187. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2734745>
- Morita, N., Naruse, N., Yoshioka, S., Nishikawa, K., Okazaki, N. & Tsujimoto, T. (2011). Mental health and emotional relationships of family members whose relatives have drug problems. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi*, 46(6), 525-541. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22413561>
- Mueser, K. T., Noordsy, D., Drake, R.E., Fox, L.,. (2008). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Myhra, S. (2004). *Frigjøringskampens doble ansikt: kliniske møter med søsken til unge rusmiddelmisbruke[re]* (82-90354-58-4). Skien: Borgestadklinikken.
- Nasjonalt kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. (2015). *Lærings- og mestringssentre i helseforetakene*. Hentet fra <http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestringssentre-i-helseforetakene/>
- Nerdrum, P. & Geirdal, A. Ø. (2013). Psychological distress among young norwegian health professionals. *Professions & professionalism*, 3(No 2).
- Nes, L. S. & Clech-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenhenger (rapport 2)*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/960011f100.pdf>
- Nes, L. S. & Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional optimism and coping: a meta-analytic review. *Pers Soc Psychol Rev*, 10(3), 235-251. doi:10.1207/s15327957pspr1003_3

- Nordlie, E. (1990). Somatiske symptomer hos rusmiddelbrukernes familier. *Tidsskrift for Norsk lægeforening.*, 11, 725-726.
- Nordlie, E. (1995). Alkoholbruk - familiemedlemmerenes helseproblemer og reaksjoner. I G. Riise, J. C. B. Engelstad, C. D. Jackobsen, & B. N. Sørensen (Red.), *Alkohol og Helse - Det bagatelliserte alvor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordlie, E. (2003a). [Alcohol abuse--what are the consequences for family members?]. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 123(1), 52-54. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12600153>
- Nordlie, E. (2003b). Alkoholmisbruk -hvilke konsekvenser har det for familiemedlemmene? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 1(123), 52-54.
- Orford, J. (1998). The coping perspective. I R. Velleman, A. Copello, & J. Maslin (Red.), *Living with drink. Women who live with problem drinkers*. London og New York: Addison Wesley Longman Limited.
- Orford, J. (2012a). *Addiction Dilemmas. Family experiences form literatur and research and their challenges for practice*. Sussex: Wiley-Blackwell.
- Orford, J. (2012b). Addiction in the family is av major but neglected contributor to the global burden and adult ill-health. *Social science & Medicine*, 78 70-77.
- Orford, J., Natera, G., Copello, A., Atkinson, C., Mora, J., Velleman, R., . . . Walley, G. (2005). *Coping with alcohol and drug problems. The experiences of family members in three contrasting cultures*. East Sussex: Routledge. taylor & francis Group.
- Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., . . . Velleman, R. (1998a). Tolerate, engage or withdraw: a study of the structure of families coping with alcohol and drug problems in south west England and Mexico City. *Addiction*, 93(12), 1799-1813. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9926569>
- Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., . . . Velleman, R. (1998b). Stresses and strain for family members living with drinking or drug problems in England and Mexico. *Salud mental*, 21(1), 1-13.
- Orford, J., Natera, G., Velleman, R., Copello, A., Bowie, N., Bradbury, C., . . . Tiburcio, M. (2001). Ways of coping and the health of relatives facing drug and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction*, 96(5), 761-774. doi:10.1080/09652140020039125
- Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual / a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (5th. utg.).
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Prior, P. M. & Campling, J. (1999). *Gender and mental health*. Houndmills, Basingstoke: Macmillan.
- Rasmussen, H. N., Wrosch, C., Scheier, M. F. & Carver, C. S. (2006). Self-regulation processes and health: the importance of optimism and goal adjustment. *J Pers*, 74(6), 1721-1747. doi:10.1111/j.1467-6494.2006.00426.x
- Rice, V. H. (Red.). (2012). *Handbook of Stress, Coping, and Health. Implications for Nursing Research, Theory, and Practice*. Los Angeles: SAGE.
- Ripley, J. S., Cunion, A. & Noble, N. (2006). Alcohol abuse in marriage and familiy context: relational pathways to recovery. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24, 171-184.
- Rosenberg, N. K. (1993). *Klinisk psykologisk forskning: en indføring i metoder og problemstillinger*. [København]: Dansk psykologisk forlag.
- Rosenfield, S. (1999). Gender and mental health: Do women have more psychopathology, men more, or the same (and why?). I A. H. Horwitz, & T. L. Scheid (Red.), *A handbook for the stydy of mental health* (s. 348-360). Cambridge: Cambridge University Press.

- Rossow, I., Moan, I. S. & Natvig, H. (2009). *Nære pårørende av alkoholikere - hvor mange er de og hvordan berøres de?* (SIRUS- rapport). Oslo.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *J Pers Soc Psychol*, 67(6), 1063-1078. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7815302>
- Schou, I., Ekeberg, O. & Ruland, C. M. (2005a). The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psychooncology*, 14(9), 718-727. doi:10.1002/pon.896
- Schou, I., Ekeberg, O., Sandvik, L. & Ruland, C. M. (2005b). Stability in optimism-pessimism in relation to bad news: a study of women with breast cancer. *J Pers Assess*, 84(2), 148-154. doi:10.1207/s15327752jpa8402_04
- Sell, H., Thara, R., Padmavati, R. & Kumar, S. (1998). *The burden assessment schedule*. (WHO regional publication): WHO.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Shapiro, S. S. & Wilk, M. B. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika*, 52, 591-611. doi:10.1093/biomet/52.3-4.591
- Skartveit, G. (2010). *Den usynlige smerta: om rus og pårørende*. Oslo: Samlaget.
- Skinner, E., Edge, K., Altman, J. & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure og coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*,(129), 216-269.
- Solvoll, K. (2001). *Rom for handling: rapport fra prosjektet "Arbeidstakere som trenger særskilt oppmerksomhet på grunn av rusmisbruk i familien"*. Oslo: Landsforbundet mot stoffmisbruk.
- Sosial og helsedirektoratet. (2006). *Psykisk helsevern for voksne- veileder for distriktpspsykiatriske senter*.
- St.meld. nr. 25. (1996-1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo.
- Steinglass, P. (1979). The alcoholic family in the interaction laboratory. *J Nerv Ment Dis*, 167(7), 428-436. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/448347>
- Stoltenbergutvalget. (2010). *Rapport om narkotika*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/rappomnarkotika_nettnetversjon.pdf
- Storbækken, S. & Iversen, E. (2009). *Alene sammen: om hjelpebehov hos pårørende til rusmiddelavhengige*. Bergen: Stiftelsen Bergensklinikkene, Kompetansesenter rus, Region vest Bergen.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6. utg.). New Jersey: Pearson Education
- Tennen, H., Affleck, G., Armeli, S. & Carney, M. A. (2000). A daily process approach to coping. Linking theory, research, and practice. *Am Psychol*, 55(6), 626-636. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10892205>
- Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser* (Rapport Rapport / Nasjonalt folkehelseinstitutt ;). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Ursin, H. & Eriksen, H. R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, 29(5), 567-592. doi:10.1016/S0306-4530(03)00091-X
- Ursin, H. & Eriksen, H. R. (2007). Cognitive activation theory of stress, sensitization, and common health complaints. *Ann N Y Acad Sci*, 1113, 304-310. doi:10.1196/annals.1391.024

- Ursin, H. & Eriksen, H. R. (2010). Cognitive activation theory of stress (CATS). *Neurosci Biobehav Rev*, 34(6), 877-881. doi:10.1016/j.neubiorev.2009.03.001
- Usher, K., Jackson, D. & O'Brien, L. (2007). Shattered dreams: parental experiences of adolescent substance abuse. *Int J Ment Health Nurs*, 16(6), 422-430. doi:10.1111/j.1447-0349.2007.00497.x
- Ussher, J. (1998). The feminist perspective. I R. Velleman, A. Copello, & J. Maslin (Red.), *Living with drink. Women who live with problemsdrinkers*. London og New York: Addison Wesley Longman Limited.
- Velleman, R., Copello, A. & Maslin, J. (1998). *Living with drink. Women who live with problem drinkers*. London og New York: Addison Wesley Longman Limited.
- Velleman, R. & Orford, J. (1999). *Risk and resilience: adults who were the children of problem drinkers*. Amsterdam: OPA (Overseas Publishers Association).
- Velleman, R. & Templeton, L. (2003). Alcohol, drugs and the family: results from a long-running research programme within the UK. *Eur Addict Res*, 9(3), 103-112. doi:70978
- Vetere, A. (1998). A family systems perspectives. I R. Velleman, A. Copello, & J. Maslin (Red.), *Living with drink. Women who liv with problem drinkers*. London og New York: Addison Wesley Longman Limited.
- Vifladt, E. H., Hopen, L. & Berg, K. A. (2004). *Helsepedagogikk: samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.
- Vollrath, M. (2001). Personality and stress. *Scand J Psychol*, 42(4), 335-347. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11547909>
- Weimand, B. M. (2013). *Sammenvevde liv: å være pårørende til personer med alvorlig psykisk lidelse. Pårørendes livssituasjon og møte med psykiske helsetjenester, fra pårørendes og sykepleieres perspektiv*. [Oslo] ; [Skien]: Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse, Erfaringskompetanse.no, Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse,.
- Weimand, B. M., Hedelin, B., Sallstrøm, C. & Hall-Lord, M. L. (2010). Burden and health in relatives of persons with severe mental illness: a norwegian cross-sectional study. *Mental health nursing*, 31, 804-815.
- Wikipedia. (2015). *Helse*. Hentet 21.04.15. fra <http://no.m.wikipedia.org/wiki/Helse>



| | | | | |
|-------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Region: REK sør-øst | Saksbehandler: Claus Henning Thorsen | Telefon: 22845515 | Vår dato: 10.09.2014 | Vår referanse: 2014/1197/REK sør-øst C |
| | | | Deres dato: 17.06.2014 | Deres referanse: |

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Amy Østertun Geirdal
Høgskolen i Oslo og Akershus

2014/1197 Belastning, mestring og psykisk helse hos pårørende til mennesker med ruslidelse. En tverrsnittstudie

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Oslo og Akershus
Prosjektleder: Amy Østertun Geirdal

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 19.08.2014. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Prosjektomtale

Studiens formål er å undersøke sammenhengen mellom belastning, mestring og psykiske helse hos pårørende til mennesker med ruslidelse. Materiale: 50 – 100 pårørende (foreldre, steforeldre, samboer/ektefelle, besteforeldre, søsken > 16 år) som har kontakt med ulike institusjoner med behandlingsansvar for rusmisbrukere/pårørendeorganisasjoner for pårørende til rusmisbrukere i ett fylke. Metode: Studien er en kvantitativ tverrsnittsundersøkelse. Data innhentes ved bruk av selvutfyllende reliable og valide måleinstrumenter, dataene analyseres statistisk. Potensiell nytte: Det er forsket relativt lite på mestring og psykisk helse hos pårørende til rusmisbrukere, og kvantitative studier som belyser bruk av mestringsstrategier og undersøker sammenheng mellom disse, belastning og psykisk helse er ikke fuF.

Vurdering

Komiteen har vært i tvil om prosjektet faller inn under helseforskningsloven. Selv om det er den enkeltes subjektive opplevelse av mestring og belastning som er i fokus, har komiteen vektlagt at studiens formål er å avdekke prevalens av psykiske plager i en gitt (risiko)gruppe.

Prosjektet vurderes således å være innenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningsloven § 2, jf § 4 første ledd bokstav a.

Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Det må foretas endringer i innledningsavsnittet i informasjonsskrivet. Slik det nå fremstår, er det adressert til pasientene, ikke de pårørende. Det bør også foretas en gjennomgang med sikte på å luke ut uheldige og «inviterende» formuleringer, eksempelvis «*Håper du har lyst til å bli med og bidra i denne undersøkelsen*».

Ut fra dette setter komiteen følgende vilkår for prosjektet:

1. Informasjonsskrivet revideres i tråd med ovennevnte og sendes komiteen til orientering.

Vedtak

Prosjektet godkjennes under forutsetning av at ovennevnte vilkår oppfylles, jf helseforskningslovens §§ 9 og 33.

I tillegg til vilkår som fremgår av dette vedtaket, er tillatelsen gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Tillatelsen gjelder til 19.06.2015. Av dokumentasjons- og oppfølgingshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 19.06.2020. Opplysningene skal lagres aidentifisert, dvs. atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK sør-øst på eget skjema senest 19.12.2015, jf. hfl.

12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK sør-øst dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst.

Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn med korrekt skjema via vår saksportal:

<http://helseforskning.etikkom.no>. Dersom det ikke finnes passende skjema kan henvendelsen rettes på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no

Med vennlig hilsen

Britt-Ingjerd Nesheim
prof.dr.med
Leder REK sør-øst C

Claus Henning Thorsen
rådgiver

Kopi til: nina.waaler@hioa.no

Høgskolen i Oslo og Akershus ved øverste administrative ledelse: postmottak@hioa.no

Kopi e- post fra REK

Fra: <post@helseforskning.etikkom.no>

Dato: 29. september 2014 14:04:58 CEST

Til: <Amy-Ostertun.Geirdal@hioa.no>

Kopi: <nina.waaler@hioa.no>

Emne: Sv: REK sør-øst 2014/1197 Belastning, mestring og psykisk helse hos pårørende til mennesker med ruslidelse. En tverrsnittstudie

Vedr. ref.nr.: 2014/1197 C

Hei.

Viser til innsendt informasjonsskriv av 25.september 2014.

Vi bekrefter herved at vi har mottatt nytt revidert informasjonsskriv og dette er tatt til orientering.

Med vennlig hilsen

Henriette Snilsberg

førstekonsulent

post@helseforskning.etikkom.no

T: 22845531

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

REK sør- øst C.

<http://helseforskning.etikkom.no>

Forespørsel om å bistå med å rekruttere deltakere til et forskningsprosjekt
Belastning, mestring og psykisk helse hos pårørende til mennesker med ruslidelse.
En tverrsnittstudie.

Bakgrunn og hensikt

Med dette retter jeg en forespørsel til deg om du, gjennom din kontakt med pårørende, vil hjelpe med å informere og spørre om aktuelle informanter ønsker å delta i en undersøkelse om pårørende til mennesker med ruslidelser. Studien har som mål å beskrive og undersøke mulige sammenhenger mellom pårørendes belastning knyttet til en (eller flere) i familien har et rusproblem, hvordan de forsøker mestre dette og hvilken betydning det kan ha for den psykiske helsen.

Undersøkelsen er en del av min masteroppgave i Psykisk helsearbeid ved Høyskolen i Oslo og Akershus, der Phd. Amy Østertun Geirdal er min veileder. Undersøkelsen er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Målsetting: Å undersøke belastning, mestring og psykisk helse hos pårørende til rusmisbrukere.

Aktuelle forskningsspørsmål vil være:

- I hvilken grad opplever pårørende til mennesker med ruslidelse belastninger knyttet til familiemedlemmets rusbruk og dets konsekvenser?
- Opplever de psykisk negativt stress, og i tilfelle i hvilken grad?
- Hvilke mestringsstrategier bruker de?
- Er bruken av mestringsstrategier ulikt ift. kjønn, demografiske variabler, relasjon til misbruker, kontakthypighet, type rusbruk, kontakt med hjelpeapparatet, politi/ rettsvesen?
- Hvilke sammenhenger er det mellom belastning, bruk av mestringsstrategier og psykisk negativt stress?
- Dersom pårørende opplever psykisk negativt stress og redusert mestring, hvilken type hjelp mener de pårørende selv ville kunne redusere deres belastning, stress og bidra til økt mestring?

Undersøkelsen vil kunne være et av relativt få bidrag som beskriver pårørende til mennesker med rusproblems belastninger og psykiske helse i Norge. Tidligere norsk kvantitativ forskning med fokus på gruppens forsøk på mestring er ikke funnet. Studien vil kunne bidra til å styrke fokuset på pårørendes utfordringer og eventuelle behov for tjenester, samt kunne medvirke til å øke vektleggingen og utbredelsen av tilbud til pårørende. Hvis sammenheng mellom grad av belastning, mestringsstrategier og psykisk negativt stress vil den kliniske implikasjonen kunne være ytterligere økt fokus på å tilby råd, veiledning og opplæring i hensiktsmessige mestringsstrategier i møte med pårørende.

Gjennomføring

Målet er å få rekruttert og inkludert minimum 50 pårørende i studien, og for og få til det er din hjelp viktig. Du bes om å informere aktuelle respondenter muntlig og skriftlig om studiens mål og innhold og invitere dem med som deltakere. De inkluderes i studien ved å besvare og sende inn samtykke til deltakelse skjema og spørreskjemaene i vedlagte ferdig frankerte konvolutter. Videre er det viktig å informere om deres mulighet til å avstå eller trekke seg underveis uten konsekvenser. Det er fint om de ved ønske får anledning til å fylle ut skjemaene i ro på stedet de får dem utdelt.

Inklusjonskriterier:

Pårørende til mennesker med problem med illegale rusmidler, alkohol og medikamentavhengighet som dere har kontakt med i perioden medio september til medio desember 2014. Pårørende er avgrenset til foreldre, steforeldre, samboer/ektefelle, besteforeldre og søsken > 16 år.

Eksklusjonskriterier:

Pårørende til mennesker med ruslidelse i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse som psykoser. Pårørende som selv har et eget omfattende rusmisbruk

Pårørende bes om å besvare 5 skjema om belastning, bruk av mestringsstrategier, allmenne psykiske symptomer og bakgrunnsvariabler. Det vil ta anslagsvis 20-30 min. å besvare dem.

Hvert skjema fylles ut ved å sette kryss i aktuelle rute, og å fylle ut med tall og tekst der det er en strek.

Ferdig utfylte skjema sendes meg innen 14 dager etter at de er utdelt.

Alle spørreskjema har ID-nr som kobles til navn fra signert informert samtykke i kodenøkkel som bare jeg har tilgang til og som oppbevares av forsker i PC med passord. I undersøkelsesrapporten (dvs. masteroppgaven eller muligens en vitenskapelig artikkel), vil **all informasjon være anonymisert**. Skjemaene vil være nedlåst i arkivskap og dataene vil bli lagret på passordbeskyttet PC. Dataene vil bli analysert statistisk og i mot teori om stress og mestring, samt annen litteratur om pårørendes situasjon og helse. Dataene vil slettes senest juni 2016, da prosjektet skal være ferdigstilt. Dataene vil ikke bli utlevert til andre. Jeg kommer gjerne og forteller om forskningsresultatene når prosjektet er fullført.

Mulig kan noen av spørsmålene som stilles aktivere tanker og følelser som kan oppleves som belastende. Utover dette er det vurdert at deltagelse trolig ikke vil ha noen uheldige effekter. Dersom respondenten ønsker gi tilbakemelding på studien eller har behov for å snakke etter utfylling er de velkomne til å kontakte meg. Alternativt håper jeg det kan være rom for at dem du har rekruttert kan kontakte deg.

Frivillig deltakelse

Ved at respondenten fyller ut samtykkeskjema som sendes med spørreskjemaene og sender dem tilbake i vedlagte frankerte konvolutt, samtykker vedkommende til deltakelse i studien. Deltakelse er helt frivillig. Respondentene kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke sitt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for dem. Om de ønsker å trekke sin deltakelse tar de kontakt med undertegnede. Alternativt bes du om å videreformidle en slik beskjed fra respondenten til meg.

Du kan også ta kontakt med meg ved spørsmål eller reaksjoner på:
tonelaho@gmail.com. eller mobilnr: 90782674

På forhånd tusen takk.

Med vennlig hilsen

Tone Larsen Hoel

Masterstudent Høyskolen i Oslo og Akershus

Forespørsel til pårørende til rusmisbruker om deltakelse i forskningsprosjektet

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

Med dette inviteres du som pårørende til å delta i en undersøkelse om hvordan pårørende til mennesker med ruslidelser har det.

Bakgrunn og hensikt

Studien tar sikte på å beskrive og undersøke mulige sammenhenger mellom pårørendes belastning knyttet til at en (eller flere) i familien har et rusproblem, hvordan man forsøker håndtere dette og hvilken betydning det har for den psykiske helsen.

Undersøkelsen er en del av min masteroppgave i Psykisk helsearbeid ved Høyskolen i Oslo og Akershus, der professor Amy Østertun Geirdal er min veileder. Undersøkelsen er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Gjennomføring

Undersøkelsen består av 5 ulike skjema – alle vedlagt. Det vil ta deg anslagsvis 20-30 min. å besvare dem. Hvert spørsmål besvares ved å sette kryss i aktuelle rute som passer best for deg, eller å fylle ut med tall og tekst der det er en strek etter spørsmålet. Vedlagt er også en ferdig frankert konvolutt med mitt navn på, som du kan sende besvarelsen din til.

All informasjon vil bli registrert i avidentifisert form, det vil si at ingen utover forsker vil kunne finne tilbake til deg. All rapportering og publisering vil være i anonymisert form.

Informasjonen du gir vil bli lagret på en passordbeskyttet PC, beskyttet for innsyn. Dataene vil ikke bli utlevert til andre.

Muligens kan noen av spørsmålene du stilles aktivere tanker og følelser hos deg, utover dette er det vurdert at deltagelse trolig ikke vil ha noen uheldige effekter.

Frivillig deltakelse

Ved at du fyller ut samtykkeskjema til deltakelse og besvarer spørreskjemaene, og sender disse tilbake i vedlagte frankerte konvolutt, samtykker du i å delta og du inkluderes i studien. Deltakelse er helt frivillig. Du kan uten begrunnelse avstå fra å delta, og når som helst og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette gjør du ved å kontakte din behandler som gir beskjed til undertegnede, eller du kan kontakte undertegnede direkte. Dette vil ikke få konsekvenser for deg, og ikke for din kontakt med den som har videreformidlet forespørselen om deltakelse til deg, eller behandlingsted/organisasjon.

Du kan også ta kontakt med meg ved spørsmål eller reaksjoner på:
tonelaho@gmail.com. eller mobilnr: 90782674

Vil du være med i studien sender du ferdig utfylte skjema i frankerte konvolutt innen 14 dager.

På forhånd takk.

Med vennlig hilsen
Tone Larsen Hoel
Masterstudent Høyskolen i Oslo og Akershus

Samtykke til deltagelse i studien

«Belastning, mestring og psykisk helse hos pårørende til mennesker med ruslidelser»

Jeg er villig til å delta i studien

Navn på deltager:

Dato:

.....
(signatur)

The Burden Assessment Schedule (BAS)

Pårørende rus – del 1

Besvares av alle

Sett ett kryss på hver rad

| | Overholde ikke | Til en viss grad | Svært mye | Ikke aktuelt |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Synes du at familien din setter pris på måten du tar deg av vedkommende på? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Forhindrer vedkommendes rusproblemer deg fra å ha et tilfredsstillende forhold til familien din? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Føler du deg sliten og utmattet av å ta vare på vedkommende? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Synes du at din helse har blitt påvirket av vedkommendes rusbruk? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Føler du deg noen ganger deprimert og engstelig på grunn av vedkommende? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Føler du noen ganger at det ikke er noen løsning på dine problemer? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Har stabiliteten i familien din blitt brutt ned som følge av vedkommendes rusproblem (ofte krangler, brudd, etc)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Forårsaker vedkommende forstyrrelser i hjemmet? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Klarer du å ta deg nok av andre i din familie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Har du begynt å føle deg ensom og isolert etter at vedkommende utviklet et rusproblem? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Gjør vedkommendes uforutsigbare oppførsel deg urolig? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Føler du at vennene dine setter pris på den måten du tar vare på vedkommende? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Forhindrer vedkommendes rusbruk deg fra å ha tilfredsstillende relasjoner til dine venner? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Føler du deg ofte frustrert over at vedkommendes fremskritt går sakte/at det ikke er noen fremskritt overhodet? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Føler du at vedkommende forstår og setter pris på din innsats for å hjelpe ham/ henne? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Hindrer vedkommendes rusproblem deg i å være i jobb? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Besvares kun av informanter som er livsledsagere med vedkommende som har en rus lidelse.

Sett ett kryss på hver rad

| | Overhode ikke | Til en viss grad | Svært mye | Ikke aktuelt |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 17. Hjelper din livsledsager til med familieforpliktelser? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Viser din livsledsager fremdeles varme følelser for deg? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Kan din livsledsager tilfredsstille ditt behov for intimitet? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Har kvaliteten på ditt ekteskap/ samboerskap blitt dårligere etter at din livsledsager utviklet et rusproblem? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

The Brief Coping Orientation to Problems (Brief COPE)

Pårørende rus – del 2

Under er en rekke utsagn som beskriver ulike måter å takle stress på. Når du besvarer disse spørsmålene, tenk på hva du vanligvis gjør når du opplever stress belastninger som pårørende. Ikke svar ut fra hva du tror vil virke eller ikke, bare om du gjør det eller ikke.

Sett kryss ved det utsagnet som passer best for deg.

| | Ikke i det hele tatt | Litt | Ganske mye | Veldig mye |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Jeg har gjort andre ting for å få tankene mine bort fra det | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har konsentrert meg om å gjøre noe med situasjonen jeg er i | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har sagt til meg selv "dette er ikke sant" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har brukt alkohol, piller og/eller andre rusmidler for å føle meg bedre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har fått sympati eller støtte fra andre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har gitt opp å prøve å takle det | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har gjort ulike ting for å prøve å gjøre situasjonen bedre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har nektet å tro at det har hendt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har sagt ulike ting for å få de ubehagelige følelsene til å forsvinne | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har fått hjelp og råd fra andre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har brukt alkohol, piller og/eller andre rusmidler for å klare å komme gjennom det | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har prøvd å se det i et annet lys, for å se mer positivt på situasjonen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har kritisert meg selv | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har prøvd å komme på en strategi for å takle det. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har fått støtte og forståelse hos noen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har gitt opp å prøve å mestre det | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har prøvd å se etter noe positivt i det som skjedde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har prøvd å spøke med det | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har gjort noe for å la være å tenke så mye på det (kino, sett på TV, lest, sovet eller lignende) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har akseptert at det faktisk har hendt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har gitt utløp for de negative følelsene mine | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har prøvd å finne trøst i troen eller religionen min | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har prøvd å få råd og hjelp fra andre om hva jeg skal gjøre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har lært meg å leve med det | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har tenkt mye på hva jeg skal gjøre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har lagt skylden på meg selv for at dette skjedde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har bedt til Gud om hjelp | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg har prøvd å le av det hele | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

The Life Orientation Test – Revised (LOT-R)

Pårørende rus – del 3

Utsagnene her er skrevet i jeg form og du setter et kryss alt etter hvor enig/uenig du er.

Vennligst svar på hvert spørsmål så ærlig du kan.

| | Helt enig | Ganske enig | Både/og | Ganske uenig | Svært uenig |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| I usikre tider, forventer jeg vanligvis det beste. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Det er lett for meg å slappe av. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hvis noe kan gå galt for meg, så gjør det det. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg er alltid optimistisk i forhold til min fremtid | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg trives med mine venner. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Det er viktig for meg å være beskjeftiget. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg forventer nesten aldri at tingene går min vei. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg blir ikke lett opprørt. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jeg regner sjelden med at gode ting hender meg. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Når alt kommer til alt forventer jeg at det skal skje flere gode ting enn dårlige ting med meg. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

The General Health Questionnaire (GHQ 12)

Pårørende rus – del 4

Her følger noen spørsmål om hvordan du har hatt det i det siste. Vær vennlig og besvar alle spørsmålene ved å sette ett kryss på hver rad på det alternativet som passer best.

1. Har du de to siste ukene vært i stand til å konsentrere deg fullt ut om alt du har drevet med?

Mer enn vanlig

Samme som vanlig

Mindre enn vanlig

Mye mindre enn vanlig

2. Har du de to siste ukene ligget våken på grunn av bekymringer?

Ikke i det hele tatt

Ikke mer enn vanlig

Mer enn vanlig

Mye mer enn vanlig

3. Har du de to siste ukene følt at du tar del i ting på en nyttig måte?

Mer enn vanlig

Samme som vanlig

Mindre enn vanlig

Mye mindre enn vanlig

4. Har du de to siste ukene følt at du er i stand til å ta beslutninger?

Mer enn vanlig

Samme som vanlig

Mindre enn vanlig

Mye mindre enn vanlig

5. Har du de to siste ukene følt deg stadig under press?

Ikke i det hele tatt

Ikke mer enn vanlig

Mer enn vanlig

Mye mer enn vanlig

6. Har du de to siste ukene følt deg ute av stand til å mestre vanskeligheter?

Ikke i det hele tatt

Ikke mer enn vanlig

Mer enn vanlig

Mye mer enn vanlig

7. Har du de to siste ukene vært i stand til å glede deg over dine daglige gjøremål?

Mer enn vanlig

Samme som vanlig

Mindre enn vanlig

Mye mindre enn vanlig

8. Har du de to siste ukene vært i stand til å møte problemer?

Mer enn vanlig

Samme som vanlig

Mindre enn vanlig

Mye mindre enn vanlig

9. Har du de to siste ukene følt deg ulykkelig eller nedtrykt?

Ikke i det hele tatt

Ikke mer enn vanlig

Mer enn vanlig

Mye mer enn vanlig

10. Har du de to siste ukene mistet troen på deg selv?

Ikke i det hele tatt

Ikke mer enn vanlig

Mer enn vanlig

Mye mer enn vanlig

11. Har du de to siste ukene tenkt på deg selv som en verdiløs person?

Ikke i det hele tatt

Ikke mer enn vanlig

Mer enn vanlig

Mye mer enn vanlig

12. Har du de to siste ukene stort sett følt deg tilfreds, alt tatt i betraktning?

Mer enn vanlig

Samme som vanlig

Mindre enn vanlig

Mye mindre enn vanlig

Demografiske og rusrelaterte variabler

Pårørende rus - del 5

Bakgrunnsdata til bruk for analyse.

Kjønn

- Kvinne
- Mann

Alder

Sivilstand

- Ugift/singel
- Gift/samboer

Høyeste utdanning

- Grunnskole
- Videregående
- Høyskole/universitet

Husstandens samlede brutto årsinntekt

- 100.000 - 450.000 kroner
- 450.000 - 700.000 kroner
- 750.000 - 1.000.000 kroner
- Mer enn 1.000.000 kroner

Yrkeslivsstatus

- Skoleelev / student
- I jobb
- Sykemeldt
- Arbeidsavklaring
- Ufør
- Alderspensjon
- Annet

Har du vokst opp i hjem preget av et eller flere familiemedlemers rusmisbruk?

- Ja
- Nei

Hva misbruker den du er pårørende til nå?

Sett kryss i en eller flere av boksene

- Alkohol
- Illegale rusmidler/narkotika
- Medikamenter ikke foreskrevet av lege

Hvor lenge har du erfart å være pårørende til en med rusproblem?

Antall år

Hvilken slektskap/ familiebånd/ relasjon har du til vedkommende som har et rusproblem?

Sett kryss i en eller flere av boksene

- Barn av
- Forelder
- Steforelder
- Søsken
- Ektefelle / samboer
- Kjæreste
- Annet:

Bor du sammen med den som har et rusproblem?

- Ja
- Nei

Hvor ofte har du kontakt med den som har et rusproblem?

- Flere ganger om dagen
- Daglig
- Ukentlig
- Månedlig/sjeldnere

Har du opplevd økonomiske problemer knyttet til personen med ruslidelse

- Ja
- Nei

Har du vært utsatt for krenkelser, trusler, vold og/ eller overgrep av den med rusproblem

- Ja
- Nei

