

Elise Leknes Lerstad

Utviklingshemming og depresjon

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Tor Arne Veie

Mai 2019

Elise Leknes Lerstad

Utviklingshemming og depresjon

Bacheloroppgave i Vernepleie
Veileder: Tor Arne Veie
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse



Sammendrag

Tittel: Utviklingshemming og depresjon

Introduksjon/bakgrunn: Depresjon blant personer med utviklingshemming er tre ganger så vanlig som blant normalbefolkningen. Dette er på grunn av den biologiske og genetiske sårbarheten. I motsetning til normalbefolkningen har de i tillegg en psykologisk sårbarhet som gjør at de er enda mer utsatte for å utvikle en depresjon.

Hensikt: Hensikten med studien er å opparbeide kunnskap om hvilke risikofaktorer som kan bidra til utviklingen av depresjon blant mennesker med utviklingshemming.

Metode: Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie. Det er utført søk i forskjellige databaser etter relevante forskningsartikler som kan belyse problemstillingen. 5 forskningsartikler er inkludert i studien.

Resultater: Funnene fra forskningsartiklene belyste tre hovedtema som kan ha betydning for utvikling av depresjon blant mennesker med utviklingshemming. Disse temaene er: mangel på sosial støtte og relasjoner, utløsende hendelser – stress, og sammenligning med andre og negativ selvfølelse.

Konklusjon: Det er viktig at profesjoner har kunnskap om hvilke risikofaktorer som kan være medvirkende for utvikling av depresjon. Viktigheten av sosial støtte og gode relasjoner er gjennomgående i alle artiklene, og mangelen på dette kan derfor være medvirkende for utvikling av depresjon blant mennesker med utviklingshemming.

Abstract

Title: Intellectual disability and depression

Introduction/background: Depression among people with developmental intellectual disabilities is three times as common as the normal population. This is due to the biological and genetic vulnerability. In contrast to the normal population, they also have a psychological vulnerability that makes them even more vulnerable to developing depression

Aim: The aim of this study is to acquire knowledge about the risk factors associated with depression among people with intellectual disability.

Method: This study is a literature study. Different searches in data bases were performed in search of scientific research articles that can 5 research articles were included in this study.

Results: The findings from the research articles highlighted three main themes that may be important for the development of depression among people with developmental disabilities. These topics are: lack of social support and relationships, triggering events - stress, and comparison with others and negative self-esteem.

Conclusion: It is important that professionals have knowledge of which risk factors can contribute to the development of depression. The importance of social support and good relationships is common throughout all the articles, and the lack of this can therefore contribute to the development of depression among people with disabilities.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	4
1.2 Problemstilling, avgrensing og disposisjon.....	5
1.3 Begrepsavklaring.....	5
1.3.1 Utviklingshemming	5
1.3.2 Depresjon.....	6
2.0 Teori	7
2.1 Sårbarhetsfaktorer og kognitiv overbelastning.....	7
2.2 Sårbarhet-stress- og krav-kontroll-modellen	8
2.3 Relasjoner.....	9
3.0 Metode.....	10
3.1 Litteraturstudie	10
3.2 Søkeprosess og datainnsamling	10
3.3 Kildekritikk.....	12
3.4 Metodiske overveielser og forskningsetikk.....	12
4.0 Analyse	13
4.1 Analyse av forskningsartiklene	13
5.0 Sammenfatning av resultatene	15
5.1 Viktigheten av sosial støtte og relasjoner	15
5.2 Utløsende hendelser - stress.....	15
5.3 Sammenligning med andre og egen selvfølelse	16
6.0 Drøfting	17
6.1 Viktigheten av sosial støtte og relasjoner	17
6.2 Utløsende hendelser - stress.....	19
6.3 Sammenligning med andre og egen selvfølelse	21
7.0 Avslutning	22
Litteraturliste.....	24
Vedlegg 1. Søkestrategi	27
Vedlegg 2. Litteraturmatrise.....	30

1.0 Innledning

I følge en studie gjort av Kraft, et al (referert i Knutsen, 2012) oppstår depresjon tre ganger så hyppig blant personer med utviklingshemming enn blant normalbefolkningen. Bakken (2015) mener at det er viktig for tjenesteytere å følge tett opp og plukke opp om den psykiske helsen til mennesker med utviklingshemming, fordi utviklingshemmede i mindre grad forteller om sine plager. Hensikten med denne studien er å belyse hvilke risikofaktorer som kan være medvirkende til utvikling av depresjon blant mennesker med utviklingshemming.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Thidemann (2015) mener man skal skrive om noe man interesserer seg for og om noe som er relevant for vernepleiefaget. Både utviklingshemming og depresjon er relevant for vernepleiere da mange kommer til å jobbe med utviklingshemmede. De kan også utvikle psykiske lidelser i like stor, om ikke større, grad som normalbefolkningen (Bakken, 2015). Vernepleieren er kvalifisert for å jobbe med mennesker med utviklingshemming og andre kognitive funksjonsnedsettelse (Fellesorganisasjonen, 2019). Vernepleieren retter seg mot personer med utviklingshemming og andre mennesker med kognitive funksjonsnedsettelse, og god kunnskap på dette området gjør vernepleieren i bedre stand til å gi gode tjenester til utviklingshemmede.

Kraft, et al. (referert i Knutsen, 2012) utførte en undersøkelse om psykiske lidelser blant personer i et bofellesskap for utviklingshemmede. Denne studien peker på at 49% av beboerne hadde en psykisk lidelse. Studien viste også at av disse var det 17% som led av depresjon. Dette er tre ganger så hyppig som hos normalbefolkningen. Personer med utviklingshemming viser ofte atypiske symptomer på depresjon, og det blir derfor vanskelig å diagnostisere, derav er det lite forskning på temaet (Knutsen, 2012). Det er derfor relevant for vernepleieren å være klar over hvorfor depresjon kan forekomme, slik at man kan forebygge at tjenestemottakerne utvikler depresjon.

1.2 Problemstilling, avgrensing og disposisjon

Hva kan være medvirkende faktorer for utvikling av depresjon blant mennesker med utviklingshemming?

Jeg har tatt for meg et stort tema, og jeg har derfor valgt å avgrense det. Det er vanskelig å konkret si hva som utløser en depresjon hos et menneske, fordi årsaken er kompleks og individuell. Det er også vanskelig å kunne komme med et generalisert svar, fordi jeg ikke har spurt alle personene med utviklingshemming. Det har også vært vanskelig å gå i dybden på temaet, da de rammene jeg ble gitt for å skrive denne oppgaven ikke ga mulighet for det. Derfor har jeg valgt å holde meg til noen få tema, og fokusert på faktorer som har vært fremtredende i forskningslitteraturen jeg har valgt. Forskningsartiklene har i hovedsak fokusert på lett og moderat grad av utviklingshemming, og da har det blitt naturlig at jeg også har gjort det. I denne studien er det både lagt vekt på både brukerperspektivet gjennom kvalitative studier, men også et bredere innblikk i problemstillingen gjennom kvantitative studier.

I denne studien skal jeg først presentere teorien som er relevant for besvarelsen av problemstillingen. Deretter vil metoden og analysen bli lagt fram. Etter dette kommer sammenfatningen av resultatene fra forskningsartiklene. Her vil det bli presentert tre forskjellige tema som har vært fremtredende i forskningslitteraturen. Etter dette vil disse temaene vil bli drøftet opp i mot den relevante teorien presentert i staten av studien. I konklusjonen skal jeg gi svar på problemstillingen.

1.3 Begrepsavklaring

1.3.1 Utviklingshemming

Det diagnostiske kriteriet for psykisk utviklingshemming er i følge ICD-10:

Tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemming av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, f eks kognitive, språklige, motoriske og sosiale. Utviklingshemming kan forekomme

med eller uten andre psykiske og somatiske lidelser (Direktoratet for e-helse, 2019).

Jeg bruker ICD-10, som er det internasjonale klassifikasjonssystemet av sykdommer og beslektede helseproblemer. Det er ICD-10 vi forholder oss til i Norge (Direktoratet for e-helse, 2019). Jeg har valgt å bruke utviklingshemming i denne litteraturstudien, selv om ICD-10 fortsatt bruker begrepet psykisk utviklingshemming (Direktoratet for e-helse, 2019). I 1997 ble bruken av begrepet utviklingshemming vedtatt på landsmøte for Norsk Forbund for Utviklingshemming, og derfor velger jeg å bruke dette begrepet også i min litteraturstudie (Kittelsaa, Ytterhus & Kermit, 2015).

Hovedkriteriene for å få diagnosen psykisk utviklingshemming er at man ha intelligenskvotient til 70 eller under, evnen til adaptiv fungering og evnen til å ta vare på seg selv er lav, og den sosiale fungeringen er nedsatt. Tilstanden må ha oppstått før fylte 18 år. Psykisk utviklingshemming deles inn i fire nivåer: lett, moderat, alvorlig og dyp (Bakken og Olsen, 2012).

I denne oppgaven har jeg avgrenset meg til lett og moderat grad av utviklingshemming, derfor vil kun disse gradene bli presentert. Personer med lett grad av utviklingshemming har en IQ mellom 50 og 69, og den kognitive alderen er på 9-12 år. Mange med en lett grad av utviklingshemming klarer seg bra i hverdagen og mestrer hverdagslige ting som matlaging, hygiene etc. De klarer seg gjerne bra i en tilrettelagt jobb, men kan ha problemer med lesing og skriving. De klarer å delta i alminnelige samtaler, men kan ha problemer med å uttrykke seg og å forstå. Personer med en moderat grad av utviklingshemming har en IQ mellom 49 og 35, og den kognitive alderen er 6-9 år. Evnen til egenpleie og motoriske ferdigheter er svak. De har begrensede muligheter for å utvikle seg i skolefag, og kan ha problemer med å lese og skrive. De klarer å delta i alminnelige samtaler, men kan ha problemer med å uttrykke seg og å forstå (Holden, 2008).

1.3.2 Depresjon

ICD-10 (Direktoratet for e-helse, 2019) definerer depresjon som perioder med senket stemningsleie (nedstemthet), redusert energi og aktivitetsnivå. Om depresjonen er mild, moderat eller alvorlig, avhenger av symptomenes antall og alvorlighetsgrad. De vanligste

symptomene er forstyrret søvn, endret appetitt og tretthet. Selvfølelsen og selvtilliten er nesten alltid svekket.

Undersøkelser gjort av Kraft, et al. (referert i Knutsen, 2012) viser at depresjon blant utviklingshemmede er tre ganger så vanlig som blant normalbefolkningen. Det kan likevel være vanskelig å si hvor ofte depresjon hos mennesker med utviklingshemming forekommer, på grunn av vanskelighetene med diagnostiseringen (Knutsen, 2012). Likevel opplever mennesker med utviklingshemming mange av de samme symptomene som normalbefolkningen. Dette kan være nedstemthet, tretthet, nedsatt konsentrasjon, redusert selvfølelse, skyldfølelse, pessimisme, selvmordstanker, søvnforstyrrelser og nedsatt matlyst (Snoek og Engedal, 2017). Det er veldig individuelt hva som kan utløse en depresjon, og dette er forskjellig fra individ til individ (Knutsen, 2012).

Alle har en psykisk helse, også personer med utviklingshemming. Det er viktig med en god psykiske helse uansett hvordan man velger å se det. I følge Bakken (2015) er depresjon den største enkeltfaktoren som påvirker den psykiske helsen.

2.0 Teori

2.1 Sårbarhetsfaktorer og kognitiv overbelastning

Det å ha diagnosen utviklingshemming, er en sårbarhetsfaktor i seg selv. Dette er fordi de har en genetisk og biologisk sårbarhet, som også kan sees hos normalbefolkningen. I tillegg til dette har personer med utviklingshemming et mer sårbart nervesystem som tåler mindre stress (Knutsen, 2012). Et nedsatt funksjonsnivå medfører også at personer med utviklingshemming har vanskeligheter med å kommunisere og å få oversikt over omverdenen og å forstå denne. Dette medfører også at de ofte har vanskeligheter med å forstå egne og andres følelser. Dette gjør at de er enda mer sårbare for stress (Knutsen, 2012). De har også en psykologisk sårbarhet som ofte er knyttet til barndom. Mange barn har kanskje følt seg utenfor, og at de aldri ikke helt har fått det til. Dette har kanskje ført til mange nederlag. Personer med utviklingshemming har ofte problemer med tilknytning, og mange opplever traumatiske hendelser. Dette kan være hendelser som ustabil barndom, konflikter i hjemmet og fysiske og seksuelle overgrep (Knutsen, 2012).

Kognitiv overbelastning betyr at hjernen er ekstremt sliten og at den har fått nok. Det er ikke en diagnose i seg selv, og alle mennesker kan overbelaste hjernen sin, men mennesker med utviklingshemming er spesielt utsatt (Wigaard, 2015). Personer med utviklingshemming har også ofte problemer med å tolke forskjellige sosiale situasjoner. Mange kan ha problemer bare med det å forstå hva andre mennesker sier. Det er vanskelig for normalbefolkningen å forstå hvor slitsomme slike ting kan være for personer med utviklingshemming (Wigaard, 2015). Kognitiv overbelastning kan også skje dersom man har blitt utsatt for emosjonelle belastninger over lang tid, for eksempel ved redsel eller depresjon (Wigaard, 2015). Det er derfor viktig at tjenesteytere og andre nærpåersoner er klar over dette, slik at belastningen ikke blir større enn den trenger å være.

2.2 Sårbarhet-stress- og krav-kontroll-modellen

Årsaken til at enkeltindivider kan utvikle en depresjon kan forklares ut fra stress-sårbarhetsmodellen. Lazarus (1967) (referert i Knutsen, 2012), som utviklet modellen, mente at utviklingen av depresjon avhenger av balansen mellom individets sårbarhet og opplevd stress (Knutsen, 2012). Sårbarhet-stress-modellen viser at dersom man har en biologisk sårbarhet, kan man være ekstra sårbar for å utvikle en depresjon. Personer med utviklingshemming tåler stress dårligere enn normalbefolkningen, og situasjoner som kan være uproblematisk for normalbefolkningen, kan i større grad medføre til økt stress hos personer med utviklingshemming. Det er vanskelig å definere hva som er en stressfaktor, da det er individuelt fra person til person hva som oppleves som belastende (Knutsen, 2012).

Theorell og Karasek (1996) (referert i Knutsen, 2012) har utviklet krav-kontroll-modellen, som er en videreutvikling av sårbarhet-stress-modellen. Den handler om at utviklingen av depresjon avhenger av krav til mestring og krav av kontroll. Mange personer opplever et høyt krav til mestring, mens graden av kontroll er lav (Knutsen, 2012). Personer med utviklingshemming opplever ofte at de ikke strekker til i hverdagen, at kravene er for høye. Dette er en type tap av kontroll. Det er et sprik mellom det tjenesteyter krever en person kan klare, mot det han eller hun faktisk klarer. En annen form for tap av kontroll er tap av nærpåersoner, endringer av bosituasjon, rutiner etc. Dette er noe mange personer med utviklingshemming ikke har kontroll over selv (Knutsen, 2012).

2.3 Relasjoner

For å ha en god psykisk helse er man nødt til å ha gode relasjoner (Bakken, 2015). Tøssebro (2014) viser til at personer med utviklingshemming i mindre grad har egenvalgte relasjoner sammenlignet med den øvrige befolkningen. De har omtrent like god kontakt med foreldre, men mindre kontakt ved fysisk nærhet, og flere betalte relasjoner. Personer med utviklingshemming ser ofte på tjenesteyterne som sine nære venner. Dette er en relasjon som ofte ikke er gjensidig, og kan føre til stor sorg den dagen en tjenesteyter for eksempel slutter i jobben. Mennesker med utviklingshemming er også veldig sjelden i situasjoner hvor de kan ha mulighet for å danne nye vennskap, spesielt dersom de er ferdige med skolegangen (Bakken, 2015). Mange trenger hjelp til å danne nye bekjenskaper, men også til å vedlikeholde de gamle. Mange personer med utviklingshemming, spesielt lett grad, føler seg ofte ensomme. De trenger kanskje ikke så mye bistand i hverdagen, men de har ofte problemer med å opprettholde gode relasjoner. Dette er derfor noe tjenesteytere må bistå med (Nylander, 2012). Personer som har gode relasjoner og et godt nettverk rundt seg, kommer seg lettere gjennom vanskelige situasjoner i livet. Personer med utviklingshemming har ofte et mindre nettverk sammenlignet med den øvrige befolkningen, og de er derfor mer sårbare dersom de mister mennesker i omgangskretsen (Bakken, 2015). Mangel på nære relasjoner og fysisk kontakt kan også være svært belastende over tid, og kan være med å utløse en depresjon (Knutsen, 2012).

3.0 Metode

En metode er en systematisk fremgangsmåte for å samle inn informasjon for å belyse en aktuell problemstilling (Thidemann, 2015). I dette kapitlet skal jeg fremstille hvordan jeg har gått fram i min studie. Først til jeg presentere hva en litteraturstudie er, deretter vil søkeprosessen og datainnsamlingen bli lagt fram. Etter dette vil jeg ta for meg kildekritikk, metodiske overveielser og forskningsetikk.

3.1 Litteraturstudie

En litteraturstudie er en omfattende studie hvor hensikten er å tolke litteratur som er relevant innenfor et bestemt tema (Aveyard, 2014). Man besvarer et spørsmål ved å tolke og analysere relevant forskning ved bruk av en systematisk tilnærming. Opplysningene fra den relevante forskningen blir satt i kontekst av andre opplysninger (Aveyard, 2014). I denne delen av oppgaven skal jeg forklare hvordan jeg gikk fram i min litteraturstudie.

3.2 Søkeprosess og datainnsamling

For å finne forskning som er relevant for problemstillingen, ble det gjort søk i ulike databaser. I denne studien brukte jeg databasene PubMed, Medline, SveMed+, EMBASE, Cinahl, PsycINFO og Oria. Det ble utført både strukturerte søk og ustrukturerte søk for å få en god og bred oversikt over forskningsartiklene på området. Jeg lærte å bruke ordbøkene i databasene, og slik kunne jeg søke enda bredere. Det ble også lagt vekt på å finne gode søkeord som gir de beste resultatene, men også å begrense resultatene slik at jeg fikk opp kun relevante treff i søkene. Jeg lærte å bruke bedre og bedre søkeord etter hvert i søket. Etter hvert som jeg leste artikler og sammendrag, så jeg hvilke ord artikkelforfatterne brukte. Slik konkretiserte jeg søkene mine mer og mer.

De fleste artiklene jeg fant var enten kvantitative eller kvalitative. Kvantitativ metode er målbare tall som kan settes inn i statistiske beregninger. I kvantitativ forskningsmetode brukes det spørreskjema med faste svaralternativ, systematisk og strukturert observasjon eller eksperiment. En kvalitativ metode har en annen tilnærming. Hensikten er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, tanker, opplevelser, erfaringer etc. Denne metoden handler ofte om å finne meningssammenhenger (Thidemann, 2015).

Følgende søkeord ble brukt i artikkelsøkene: *intellectual disability, mental retardation, mental health, depression, mental disorder, mental disease, affective disorder, risk factors, resilient factors, stress, psychiatric comorbidity, life events, social support, relations.*

Det var utfordrende å finne kvalitative artikler som direkte omhandlet *utviklingshemming* og *depresjon*. Derfor begynte jeg etter hvert å søke på *intellectual disability* og *mental health*.

Jeg utviklet inklusjons- og eksklusjonskriterier i søkingen min for å gjøre søkingen enda mer konkret opp mot min problemstilling:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler skrevet på norsk, svensk eller engelsk.	Barn og geriatriske pasienter
Fagfellevurderte artikler	Demens
Artikler som er fra 2004 eller nyere	Artikler eldre enn 2004
IMRoD-struktur	
Voksne (18 år og opp)	
Psykisk utviklingshemming/utviklingshemming	
Psykiske lidelser	
Kvantitativ og kvalitativ metode	
Brukerperspektivet	

Det ble inkludert både kvantitative og kvalitative studier i denne oppgaven. Kvantitative studier ble brukt for å få en bredere oversikt innenfor temaet, mens kvalitative studier ble inkludert for å kunne gå mer i dybden. For å få et så konkret søk som mulig foretok jeg strukturerte søk i forskjellige databaser. I ovid-batabasene som ble brukt i søket (Medline, EMBASE og PsycINFO) ble søkeordene brukt individuelt, og for å snevre inn søket ble de kombinert ved bruk av "AND" eller "OR". For å se om artiklene var relevante ble det først sett på tittelen på artikkelen. Dersom tittelen hørtes relevant ut ble sammendraget lest igjennom. Dette var den mest effektive måten å gjøre det på dersom et søk resulterte i mange treff. Dersom sammendraget var relevant for min problemstilling, valgte jeg å lese hele artikkelen. Det ble også gjort et ustrukturert søk. Én artikkel fant jeg ved å søke i Google

Scholar etter en artikkel jeg allerede hadde valgt. Deretter trykte jeg på beslektede artikler, og der fant jeg en artikkel. Tilslutt valgte jeg fem artikler som var relevante for å svare på min problemstilling. Disse ble valgt på grunnlag av at de belyser ulike risikofaktorer som kan være medvirkende for utviklingen av depresjon hos personer med utviklingshemming.

Søkematriksen viser både de strukturerte søkene og det ustrukturerte søket. Se vedlegg 1. Som nevnt tidligere ble det gjort mange søk, men søkematriksen inneholder kun hvordan jeg fant de artiklene jeg har valgt med videre i litteraturstudien.

3.3 Kildekritikk

Jeg var hele tiden kritisk til hva jeg leste av artikler. Jeg brukte sjekklister fra Helsebiblioteket (2016) slik at jeg kunne vurdere om de var relevante nok for min problemstilling. Noen artikler ble forkastet, mens noen ble med videre som mulige artikler til resultatdelen. Artikler som ikke hadde IMRoD-struktur ble valgt bort. For å sjekke at de aktuelle artiklene var fagfellevurderte, var jeg opptatt av å inkludere dette i søkene mine. I de databasene hvor dette ikke gikk, søkte jeg opp de aktuelle tidsskriftene for å se om de var fagfellevurderte tidsskrift. Jeg søkte også artiklene opp i oria.no for å dobbeltsjekke at de var fagfellevurderte. Jeg ønsket heller ikke artikler eldre enn 15 år tilbake, slik at de skulle være relevante.

3.4 Metodiske overveielser og forskningsetikk

Artiklene jeg benyttet i denne studien er skrevet på engelsk, og har blitt oversatt til norsk. Man må da regne med at det er en kilde til feiltolkning både i oversettingen og i analysen. Det ble brukt to kvantitative og tre kvalitative studier i denne oppgaven. Jeg valgte å gjøre det slik for å få et bredt syn på problemstillingen gjennom de kvantitative, og et dypere innblikk gjennom de kvalitative. Det kan tenkes at kvalitative studier svarer bedre på problemstillingen min, for da får man et dypere innblikk. For å redusere sjansen for feiltolkning av data er det kun brukt originalartikler. Det er også brukt kun én norsk studie, men jeg har vurdert det slik at utenlandske studier er like relevante for å besvare min problemstilling. Selv om en artikkel (McGillivray & McCabe, 2007) er 12 år gammel ble den vurdert til å være like relevant i dag.

Forskere har etiske retningslinjer å forholde seg til når de utfører studier som omhandler mennesker (Dalland, 2014). Forskerne innhentet skriftlig samtykke i de tre kvalitative studiene (Tomlinson & Hewitt, 2018; Stalker, Jahoda, Wilson, Cairney, 2011; Conder,

Mirfin-Veitch, Gates, 2015). To av disse studiene (Tomlinson & Hewitt, 2018; Conder, et al., 2015) skriver også at de har blitt godkjent i den aktuelle etiske komité før de kunne starte forskningen. Skriftlig samtykke innhentes for å beskytte deltakeren (Dalland, 2014). Alle deltakerne i disse studiene fikk nye navn, slik at de ikke kunne bli gjenkjent. De to kvantitative studiene (McGillivray & McCabe, 2007; Hove, Assmus, Havik, 2016) har ikke skrevet ut i studien at de innhentet samtykke eller om de fikk studien godkjent. Likevel er artikkelen godkjent etter de retningslinjer som gjelder for fagfelleverderte artikler. Jeg har derfor valgt å bruke den i min litteraturstudie.

4.0 Analyse

I dette kapitlet skal jeg vise hvordan jeg gikk fram for å analysere artiklene. Jeg skal også legge fram resultatene fra de fem utvalgte artiklene. Resultater som ikke er relevante for problemstillingen har blitt utelukket. En analyse handler om mer enn å bare gjengi resultatene fra artiklene, man skal også tolke dem. Målet er å finne likheter og ulikheter i forskningsartiklene (Aveyard, 2014).

4.1 Analyse av forskningsartiklene

Jeg leste gjennom artiklene mange ganger. Jeg leste artiklene i en helhet, men også i små deler, både for å få en forståelse av innholdet, men også for å få tak i detaljene. Jeg oversatte artiklene fra engelsk til norsk, og som et hjelpemiddel brukte jeg nettsiden www.ordnett.no. Jeg hadde problemstillingen liggende foran meg, slik at det ble lettere å huske hva jeg faktisk så etter. Jeg printet ut artiklene slik at de skulle bli lettere å lese. Deretter satte jeg artiklene inn i en matrise. Matrisen bestod av kolonnene hensikt, metode, resultat/diskusjon, og egne kommentarer/kildekritikk. Jeg måtte sette meg dypt inn i artiklene slik at jeg skulle klare å sammenfatte de på en konkret og oversiktlig måte. Etter dette begynte jeg og fargekode artiklene mens jeg lese de. Jeg farget ut det som var relevant for å kunne svare på min problemstilling. Gul gikk på ett tema, oransje gikk på et annet, og grønn på det tredje temaet. Dette mener Thidemann (2015) er den mest praktiske måten å gjøre analysen på. Deretter la jeg artiklene utover, og på denne måten fikk jeg oversikt over alle likhetene og ulikhetene i artiklene. Jeg gransket resultatene i alle artiklene for å finne ulikheter og forskjeller. Deretter skrev jeg temaene systematisk ned på ark for å få en oversikt over hvilke tema som gikk igjen.

Jeg valgte to kvantitative artikler hvor resultatene legges fram som tall, og tre kvalitative artikler hvor resultatene legges fram som tema (Thidemann, 2015). Årsaken for at jeg valgte å gjøre det slik var for å få et bredt syn på problemstillingen gjennom de kvantitative, mens jeg valgte de kvalitative artiklene for å kunne gå mer i dybden av stoffet. Kvalitative studier hadde vært best i en slik oppgave, da man får direkte svar fra den utviklingshemmede. Likevel valgte jeg to kvantitative for å få et mer helhetlig bilde. Jeg valgte også å ta med en artikkel som omhandlet kvinner med utviklingshemming og psykisk helse. Man får ikke et generalisert bilde av den psykiske helsen blant både kvinner og menn med utviklingshemming. Likevel omhandler artikkelen medvirkende faktorer som kan påvirke den psykiske hos begge kjønn.

Artiklene tar opp flere forskjellige faktorer som kan være medvirkende for utviklingen av depresjon blant personer med utviklingshemming. Etter at jeg hadde sett etter likheter i de forskjellige artiklene, valgte jeg å sammenfatte disse forskjellige faktorene til tre overordnede tema. To av temaene var veldig innlysende, da de gikk igjen i nesten alle artiklene. Disse temaene er ”relasjoner” og ”utløsende hendelser - stress (negative livshendelser)”. Med negative livshendelser menes det hendelser som krever mestring og omstilling. Det siste temaet var veldig varierende fra artikkel til artikkel. Likevel har jeg valgt temaet ”sammenligning med andre og egen selvfølelse”. De tre temaene jeg skal sammenfatte resultatet gjennom er altså *viktigheten av sosial støtte og relasjoner, utløsende hendelser – stress, og sammenligning med andre og egen selvfølelse.*

Resultatene har blitt sammenfattet i en litteratormatrise. Se vedlegg 2.

5.0 Sammenfatning av resultatene

I dette kapitlet skal jeg sammenfatte resultatene fra artiklene. Her vil temaene som ble identifisert i analysen lagt fram. Resultater som ikke er relevant for problemstillingen har blitt utelukket.

5.1 Viktigheten av sosial støtte og relasjoner

I følge studien til McGillivray og McCabe (2007) hadde personer uten denne støtten i større grad utviklet symptomer på depresjon sammenlignet med personer som hadde god sosial støtte. Kvaliteten på støtten var mer avgjørende enn hyppigheten. Stalker et al. (2011) skriver i sin studie at deltakerne hadde lite kontakt eller manglet en vennegjeng. De hadde heller ikke jobb eller skole å gå til i hverdagen, og tilbrakte derfor mye tid alene. Flere rapporterte også at de manglet støtte hjemmefra, på grunn av pågående konflikter i familien. Andre så på mor som nærmeste støttespiller. Å ha positive mellommenneskelige relasjoner er avgjørende for å opprettholde en god psykisk helse, i følge Conder et al. (2015). Deltakerne i denne studien fant mye støtte i familie og venner. Venner ble løst definert i denne studien, og mange av deltakerne så på tjenesteytere som venner. Tjenesteytere spilte derfor en stor rolle i opprettholdelsen av en god psykisk helse. Flere av deltakerne hadde kjærester som kunne tilby god emosjonell støtte. Foreldre ble sett på som de viktigste støttespillerne blant deltakerne. Dersom foreldrene var døde var det søsken eller andre familiemedlemmer som ble de nærmeste støttespillerne. Hvis deltakeren ikke hadde familie, var det venner som ble de nærmeste støttespillerne. Få hadde venner fra skoledagene, så venner i dette tilfellet var tjenesteytere. De deltakerne som ikke hadde nære støttespillere eller nære relasjoner hadde en dårligere psykisk helse enn de andre deltakerne i studien. Dårlige relasjoner kan også være en årsak for utviklingen av depresjon, hevder flere av deltakerne i Tomlinson og Hewitt (2018). Deltakerne i denne studien sier også at dårlige mellommenneskelige relasjoner har vært med å gjøre den psykiske helsen deres dårligere, enten fra oppveksten eller nåværende tid.

5.2 Utløsende hendelser - stress

En negativ livshendelse kan for eksempel være tap av nærpersoner eller andre personer i din omgangskrets, mobbing, alvorlig sykdom eller endringer i rutine (Hove et al., 2016). Deres forskning viste at 40,1% av deres 593 deltakere hadde opplevd én eller flere av disse hendelsene det siste året. Å oppleve en eller flere av disse negative livshendelsene økte

sjansen for utvikling av depresjon vesentlig. Deltakerne som hadde opplevd tap, mobbing og alvorlig sykdom hadde større risiko for å utvikle depresjon. Forskerne fant ikke at endringer i sosiale og dagligdagse rutiner hadde negativ innvirkning på den psykiske helsen. McGillivray og McCabe (2007) skriver i sin studie at antall negative livshendelser i løpet av de siste seks måneder økte sjansen for depresjon.

I studien til Stalker et al. (2011) hadde deltakerne opplevd flere negative livshendelser til tross for deres unge alder. Til sammen hadde de opplevd alvorlig sykdom og/eller dødsfall i familien eller annen person i nær omgangskrets, konflikter innad i familien, foreldre som skilte lag, vold i familien (enten som vitne eller offer), mobbing, trakassering, og vold utenfor hjemmet. Noen få levde liv uten mye struktur og sikkerhet, og dette kunne da muligens være en årsak for psykisk lidelse. Åtte deltakere i Conder et al. (2015) sin studie ga informasjon som kunne indikere risiko for psykisk lidelse. Alle åtte deltakerne fortalte om repeterende hendelser, og de startet ofte med mobbing i skolen. Syv av deltakerne i Tomlinson og Hewitt (2018) fortalte også om sin redsel for å bli angrepet. Dette på grunn av tidligere mobbing. Seksuelle overgrep og mishandling kan også linkes sammen med utviklingen av en dårligere psykisk helse. Flere av deltakerne hadde opplevd seksuelt misbruk. Både nivået og støtten fra nettverket i ettertid hadde en betydning for den mentale helsen. De som hadde begått overgrepene var foreldre, besteforeldre, venner av familien, partnere og naboer (Conder et al., 2015).

Stress over lang tid, kombinert med dårlig sosial støtte, er vanlige faktorer blant mennesker med dårlig psykisk helse (Conder et al, 2015). Flere hadde problemer med å følge med i skolen, og skolen ble da en negativ opplevelse. Dette kombinert med mobbing gjennom skolegangen, førte til at skole var noe negativt. Flere hadde også dårlige forhold hjemme, som skapte mye stress i hverdagen. Én deltaker fortalte at hun måtte flytte tilbake til huset til familien hvor hun tidligere hadde blitt misbrukt.

5.3 Sammenligning med andre og egen selvfølelse

Deltakerne i Stalker et. al. (2011) var veldig klar over sin egen situasjon, i følge deres tjenesteytere. Det førte til at de hadde veldig lett for å sammenligne seg med andre jevnaldrende som ikke var kognitivt svekket. De så på at jevnaldrende var mer suksessfulle, bodde for seg selv etc. Spesielt i overgangen fra ungdom til voksen ble denne forskjellen veldig tydelig. Da de var ferdige på skolen ble framtiden veldig usikker, og flere hadde

problemer med å skaffe seg betalt arbeid. Dette førte til at mange satt hjemme på dagtid. Mange av deltakerne ønsket seg en meningsfull jobb, men dette var vanskelig å finne. Dette ble rapportert fra både deltakerne, foreldre og tjenesteytere. Deltakerne i Conder et. al. (2015) rapporterte også at de hadde problemer i overgangen fra skole til voksenlivet. Flere meldte om lite støtte på arbeidsplassen, noe som førte til at flere hadde mistet jobben og var uten betalt arbeid. De deltakerne i samme studie som ikke led av psykisk sykdom gjorde mye for å holde seg i aktivitet på dagtid. Flere rapporterte at dette var en viktig årsak for at de holdt seg friske. Selv om de ikke hadde jobb, hadde de flere hobbyer.

De to gruppene ”deprimert” og ”risiko for depresjon” hadde betydelig mindre selvtillit enn gruppa som ikke var deprimert i studien til McGillivray og McConder (2007). De samme deltakerne hadde et mer negativt syn på seg selv sammenlignet med de som ikke var deprimerte. Automatiske negative tanker var den største årsaken for høye depresjonsscoringer blant deltakerne. Både ”deprimert” og ”risiko for depresjon” hadde en betydelig mer negativ tankegang. Tomlinson og Hewitt (2018) rapporterte også om deltakere med negativt selvbilde. Dette var når deltakerne av studien led av psykiske lidelser, men det var med å opprettholde sykdommen. Flere av deltakerne i Stalker et al. (2011) rapporterte at de skammet seg over seg selv, og de var redde for at sykdommen skulle bli lagt merke til.

6.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven skal jeg drøfte de tre temaene fra resultatene i artiklene opp mot teorien tidligere i oppgaven. Problemstillingen ligger høyt gjennom hele drøftingen: *Hva kan være medvirkende faktorer for utvikling av depresjon blant mennesker med utviklingshemming?* Jeg har valgt å dele inn artiklene etter tema, slik at jeg ikke tar med alle artiklene under hvert tema. Selv om alle artiklene omhandler risikofaktorer for utviklingen av depresjon, har jeg valgt å dele artiklene innunder de forskjellige temaene som ble framstilt i sammenfatningen av resultatene.

6.1 Viktigheten av sosial støtte og relasjoner

God sosial støtte og gode relasjoner er viktig for å unngå utviklingen av depresjon (Bakken, 2015). I følge McGillivray og McCabe (2007) er mangelen på sosial støtte fra mennesker

rundt er en risikofaktor for utviklingen av depresjon. Det som gikk igjen i denne studien var at de kvinnene som var deprimerte manglet støtte, spesielt dersom de hadde opplevd stressende hendelser. Mangelen på støtte kunne være årsaken til utvikling av depresjon. Ettersom familien er de viktigste støttespillerne, blir mange personer med utviklingshemming veldig sårbare dersom familien dør og/eller blir syk. Dette er noe som samsvarer med det Bakken (2015) hevder.

Mange personer med utviklingshemming har allerede et lite nettverk rundt seg (Bakken, 2015). I studien til Conder et al. (2015) ble andre familiemedlemmer den nærmeste støtten dersom foreldrene var døde. Det var også viktig at relasjonene ga noe positivt. Noen av deltakerne hadde kjærester som kunne tilby god emosjonell støtte. Deltakerne som opplevde at de hadde god sosial støtte og gode relasjoner rundt seg, var i mye mindre grad deprimerte enn de deltakerne uten denne støtten. På samme måte viste resultatene i Tomlinson og Hewitt (2018) at deltakerne så på dårlige relasjoner som en årsak til den dårlige psykiske helsen. I studien til McGillivray og McCabe (2007) påpekte deltakerne at kvaliteten på relasjonen var viktigere enn hyppigheten på relasjonen. Blant deltakerne i Stalker et al. (2011) var det flere som fikk dårlig støtte hjemmefra på grunn av pågående konflikter i familien. På bakgrunn av det som kommer fram i studiene nevnt ovenfor kan man kunne antyde at relasjoner av god kvalitet er nødvendig for å opprettholde en god psykisk helse.

Personer med utviklingshemming har færre egenvalgte relasjoner og ofte et begrenset sosialt nettverk (Tøssebro, 2014). Dette får vi også bekreftet i Conder et al. (2015) i sin studie da kvinnene betraktet tjenesteyterne som sine nærmeste venner. Bakken (2015) mener også dette ikke er så uvanlig. Dette viser hvor viktig tjenesteyterne er i opprettholdelsen av en god psykisk helse, selv om den vennskapelige relasjonen kanskje ikke er gjensidig (Bakken, 2015). Dette kan tenkes er en ekstra sårbarhetsfaktor for mennesker med utviklingshemming. En tjenesteyter kan når som helst slutte i jobben, og da kan dette føles som et stort tap for tjenestemottakeren (Bakken, 2015).

En viktig del av jobben som vernepleier er å tilrettelegge slik at personer med utviklingshemming kan danne et større sosialt nettverk. Å danne nye venner blant mennesker med utviklingshemming har vist seg å være vanskelig. Dette kan være på grunn av at de sjelden oppsøker arenaer hvor de kan danne nye vennskap, spesielt dersom de er ferdige med skolegangen (Bakken, 2015). Dette samsvarer med studien til Stalker et al. (2011) hvor

deltakerne hadde lite kontakt eller manglet en vennegjeng. Flere var ferdige på skolen, og overgangen til voksenliv var en utfordring. Noen av deltakerne i studien fortalte at de mistet mye av det sosiale etter denne overgangen. Flere manglet fast jobb, og tilbrakte mye tid hjemme i senga. Deltakerne i Conder et al. (2015) forteller også om den vanskelige overgangen fra skolegang til voksenliv. Mange mistet mye sosial støtte i denne overgangen. Selv om denne studien omhandler kvinners psykiske helse, kan problemene like gjerne omhandle menn, noe som blir vist i studien til Stalker et al. (2011). Både Stalker et al. (2011) og Conder et al. (2015) skriver i sin studie om vanskeligheter i overgang fra ungdom til voksen, og hvor viktig gode relasjoner er for den psykiske helsen. Tøssebro (2014) hevder også at personer med utviklingshemming ofte har et mindre nettverk sammenlignet med mange av normalbefolkningen. De har færre egenvalgte relasjoner, og familien og betalte tjenesteytere blir de viktigste støttespillerne (Tøssebro, 2014). Ut fra det Tøssebro (2014), Stalker et al. (2011) og Conder et al. (2015) skriver kan det tenkes at familien og andre nære støttespiller spiller en viktig rolle både under og etter en omstillingsprosess.

Bakken (2015) hevder at gode relasjoner og sosial støtte er viktig for å unngå utviklingen av depresjon. Da er det også lettere å komme seg gjennom vanskelige situasjoner i livet, da man har noen å lene seg på, og snakke med om de vanskelige ting (Bakken, 2015). Flere personer med lett grad av utviklingshemming trenger ikke like mye bistand i hverdagen, derfor kan det være mange som ikke får den oppfølgingen i de vanskelige situasjonene som de kanskje trenger. Mange føler seg kanskje også ensomme (Nylander, 2012), og det kan derfor tenkes at det vil være viktig at støttespillerne rundt legger til rette slik at de kan danne seg et større sosialt nettverk. Mange er også avhengig av mye bistand hver dag, og da blir god støtte fra tjenesteyterne viktig for å opprettholde en god psykisk helse og for å forhindre en eventuell depresjon.

6.2 Utløsende hendelser - stress

Alle mennesker, uavhengig av intelligensnivå, kan utvikle depresjon etter en hendelse som krever mestring og omstilling. Likevel er personer med utviklingshemming mer sårbare for dette på grunn av at de har et nervesystem som tåler mindre stress (Knutsen, 2012). En negativ livshendelse kan for eksempel være tap av nære personer, mobbing, alvorlig sykdom hos seg selv eller familie, eller endringer i hverdagslige rutiner (Hove et al., 2016). Hove et al. (2016) viser i sin forskning at én eller flere av slike hendelser øker sjansen vesentlig for

utviklingen av depresjon. I likhet med Hove et al. (2016) viser også studien til McGillivray og McCabe (2007) at én eller flere slike hendelser siste seks måneder øker sjansen for utvikling av depresjon. Til tross for den unge alderen til deltakerne i Stalker et al. (2011) hadde de også opplevd mange negative livshendelser. Dette var alvorlig sykdom og/eller dødsfall i nær familie, vold i familien, mobbing, trakassering og vold utenfor hjemmet. I studiene til Conder et al. (2015) og Tomlinson og Hewitt (2018) fortalte deltakerne som led av en dårlig psykisk helse at de hadde blitt mobbet eller levde i frykt for å bli mobbet på grunn av tidligere erfaringer med dette. De nevnte negative livshendelsene som kommer fram i disse studiene bekrefter det Knutsen (2012) hevder. Dette fordi personer med utviklingshemming har et nervesystem som tåler mindre stress, og de nevnte hendelsene kan derfor bidra til å være en utløsende faktor for depresjon.

Tap av nære personer, mobbing, alvorlig sykdom hos seg selv eller familie, eller endringer i hverdagslige rutiner er eksempler på hendelser som kan skape stress hos et menneske. Årsaken til at mennesker med utviklingshemming kan utvikle depresjon kan forklares ut fra stress-sårbarhets-modellen (Knutsen, 2012). Den forklarer at utviklingen av depresjon avhenger av balansen mellom individets sårbarhet og opplevd stress. Det er individuelt hva som er en stressfaktor, da det er individuelt hva en person opplever som vanskelig og belastende. Sjansen blir enda større dersom personen også opplever tap av kontroll. Dette kan forklares gjennom krav-kontroll-modellen. Mange personer med utviklingshemming opplever at de ikke har kontroll, dersom de havner i situasjoner de ikke kan beslutte eller ha kontroll over. Dette kan være endringer i rutine, dødsfall i omgangskrets, arbeidsløshet etc. (Knutsen, 2012). I motsetning til dette hevder Hove et al. (2016) i sin studie at endringer i sosiale og hverdagslige ruiner ikke var en risikofaktor for utvikling av depresjon. Denne studien har en svakhet ved at spørreskjemaene er utfylt av tjenesteytere i boligen, så endringer i rutiner kan ha større innvirkning enn det som kommer fram i denne studien.

Personer med utviklingshemming er ekstra sårbare for å oppleve traumatiske hendelser, for eksempel fysiske og seksuelle overgrep (Knutsen, 2012). I studien til Conder et al. (2015) var det flere av deltakerne som hadde opplevd seksuelle overgrep. De som hadde begått overgrepene var nærpå personer, altså familie, naboer, venner av familien etc. Dette viser også at dårlige relasjoner kan påvirke den psykiske helsen negativt. Det var nivået på støtten i ettertid som hadde betydning for den psykiske helsen hos deltakeren. Dårlige og ustabile forhold hjemme, ble i studien til Conder et al. (2015) sett på som en årsaksfaktor for utvikling av en

dårligere mental helse. Noen av deltakerne i Stalker et al. (2011) opplyste også om et hjem uten mye stabilitet og sikkerhet. De så på dette som en årsak til den dårlige psykiske helsen. Noe som igjen støttes opp av det Knutsen (2012) ytrer.

Personer med utviklingshemming har en ekstra sårbarhet for utvikling av depresjon, så bare det å ha en utviklingshemming er en risikofaktor i seg selv. Dette er på grunn av den genetiske og biologiske sårbarheten, og et nervesystem som tåler mindre stress (Knutsen, 2012). I studien til Hove et al. (2016) kom det fram at personer med utviklingshemming ofte er avhengige av personer rundt seg, og trenger hjelp til å prosessere det som eventuelt skjer. Derfor er det viktig at tjenesteytere bistår med den hjelpen som trengs. Mange unge sliter for eksempel i skolen dersom tilretteleggingen i skolen ikke fungerer godt nok (Conder et al., 2015). Dette kan bidra med å øke stressnivået. Dette er stressfaktorer som mange personer opplever, og mange forskjellige stressfaktorer kan bli mye å bære alene for en person med utviklingshemming. Som nevnt i sårbarhet-stress-modellen er det individuelt hva en person ser på som en stressfaktor (Knutsen, 2012).

6.3 Sammenligning med andre og egen selvfølelse

Mange personer med lett og moderat grad av utviklingshemming har veldig lett for å sammenligne seg med normalbefolkningen. De er veldig klar over egen situasjon, og at de kanskje aldri kan leve selvstendige liv (Nylander, 2012). Mange er avhengig av hjelp, bistand og støtte i hverdagen. Dette viser også Stalker et al. (2011) i sin studie. Deltakerne i denne studien hadde lett for å sammenligne seg med andre jevnaldrende, spesielt i overgangen fra ungdom til voksen. Mange ønsket seg betalt arbeid, men dette var vanskelig å finne. Én deltaker i studien måtte flytte hjem til far, da det ble for vanskelig å holde orden på hus og jobb alene. Personer med utviklingshemming er spesielt utsatt for å utvikle kognitiv overbelastning (Wigaard, 2015). Som nevnt i teorien betyr dette at hjernen er ekstremt sliten og at den har fått nok. Mange personer med utviklingshemming opplever mange krav i hverdagen, som de kan slite med å innfri. Kravene i hverdagen blir for høye, og dette er en annen måte å miste kontrollen på (ref. krav-kontroll-modellen) (Knutsen, 2012). Det er viktig at tjenesteytere er klar over dette, slik at det ikke blir et sprik mellom det tjenesteyter krever og det tjenestemottaker faktisk klarer (Knutsen, 2012). Dette kan vise at personer med utviklingshemming trenger tilrettelegging for at de skal kunne leve et så selvstendig liv som de selv ønsker.

McGillivray og McCabe (2007) skriver i sin studie at deltakerne som var i risikogruppen for å bli deprimert og de som var deprimert, hadde et langt mer negativt syn på seg selv sammenlignet med de som ikke var deprimerte. Automatiske negative tanker bidro også til at de fikk høye depresjonsscoringer. Begge gruppene hadde en mer negativ tankegang sammenlignet med gruppen som ikke var deprimert. I likhet med McGillivray og McCabe (2007) rapporterte Tomlinson og Hewitt (2018) og Stalker et al. (2011) om deltakere med dårlige selvbilder. Resultatene viste at de skammet seg og at de var redde for at noen skulle oppdage sykdommen. Man kan kanskje ikke si at dette er en direkte årsak til utviklingen av depresjon, men den er med å opprettholde sykdommen. Dårlig selvfølelse og dårlig selvtillit er også vanlige symptomer på depresjon, og kan gjøre at det er vanskelig å komme seg ut av den (Helsedirektoratet, 2019). Mange med utviklingshemming føler at de blir satt i bås og at diagnosen er et nederlag, spesielt personer med en lett grad av utviklingshemming (Holden, 2008). Det kan tenkes at en psykisk lidelse vil føles som enda et nederlag. Personer med utviklingshemming har også en psykologisk sårbarhet som ofte er knyttet til barndom. Mange har gjerne følt seg utenfor, de har kanskje blitt mobbet, og de har ikke fått til det samme som andre jevnaldrende barn (Knutsen, 2012). At personer med utviklingshemming utvikler depresjon er veldig individuelt, men det de har til felles er den sårbarheten som følger med utviklingshemmingen (Bakken, 2015). Det kan tenkes at det er viktig at tjenesteyterne jobber for å bedre tjenestemottakernes selvbilde og selvfølelse.

7.0 Avslutning

I denne litteraturstudien har jeg forsøkt å belyse hvilke faktorer som kan være medvirkende til utvikling av depresjon hos personer med utviklingshemming. Det å være utviklingshemmet er en risikofaktor i seg selv, på grunn av den økte sårbarheten (Knutsen, 2012). Det ble identifisert tre hovedtemaer fra forskningslitteraturen. Disse er: *viktigheten av sosial støtte og relasjoner, utløsende hendelser – stress, og sammenligning med andre og egen selvfølelse*. Sosial støtte og gode relasjoner er viktig for personer med utviklingshemming. Det gir glede i hverdagen, og det kan gjøre det lettere å komme seg gjennom vanskelige perioder i livet dersom man har noen å støtte seg på. De har ofte et lite nettverk, og har få egenvalgte venner, og da er det viktig at tjenesteyter legger til rette for at mennesker med utviklingshemming kan

danne et større nettverk. Utløsende hendelser som for eksempel dødsfall i familien, mobbing, overgrep etc. er hendelser som skaper stress hos personer med utviklingshemming. Det er da viktig at de får bistand og støtte ved slike hendelser. Det siste temaet, sammenligning med andre og egen selvfølelse, kan også være en risikofaktor. Det er viktig at de får god støtte i overgang fra ungdom til voksen, og at det ikke stilles for høye krav i hverdagen. Gjennomgående i alle temaene er viktigheten av sosial støtte og gode relasjoner. Uten dette vil kanskje sannsynligheten være større for å utvikle depresjon. Dette kan vise hvor viktig tjenesteytere og andre nærpersoner er for den psykiske helsen til personer med utviklingshemming.

Som nevnt tidligere er utviklingshemming og risikofaktorer for depresjon et stort tema, hvor det er mange faktorer som kan spille inn. Hva som utløser en depresjon hos en person med utviklingshemming trenger ikke å gjøre det hos en annen. Det er derfor vanskelig å gi et konkret svar som kan gjelde for alle mennesker med utviklingshemming. De rammene som har blitt gitt meg for å gjøre denne litteraturstudien, har heller ikke gitt meg mulighet til å gå i dybden av temaet. Likevel er det noen risikofaktorer som har blitt belyst i denne litteraturstudien som har vært en rød tråd gjennom forskningsartiklene. Temaene belyst i sammenfatningen av resultatene, sammen med den biologiske og genetiske sårbarheten, kan øke sjansen for utviklingen av depresjon hos personer med utviklingshemming. Det er viktig at tjenesteytere er klar over dette. Dette er faktorer som kan skape stress hos den enkelte, og da er det viktig at tjenesteyter bistår personen i denne perioden. Det er derfor viktig at tjenesteyterne er klar over disse risikofaktorene, slik at en depresjon kan forebygges. Mange går med en depresjon som ikke har blitt oppdaget, og har det da vanskeligere enn de trenger å ha.

Litteraturliste

Aveyard, H. (2014). *Doing a Literature review in Health and Sosial Care: A Practical guide*. (3. utg.) Maidenhead: Open University Press

Bakken, T. L., Olsen, M. E. (2012). Sentrale begreper. I T. L. Bakken og M. E. Olsen (red.), *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming* (s. 17-19). Oslo: Universitetsforlaget.

Bakken, T. L. (2015). *Utviklingshemning og hverdagsvansker*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Conder, J. A., Mirfin-Veitch, B. F., Gates, S. (2015). Risk and Resilience Factors in the Mental Health and Well-Being of Women with Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability*, 28, 572-583.
<https://doi.org/10.1111/jar.12153>

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Direktoratet for e-helse (2019, 1. januar). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Hentet fra <https://finnkode.helsedirektoratet.no/>

Fellesorganisasjonen (2019) Hva er en vernepleier? Hentet fra <https://www.fo.no/din-profesjon/vernepleier/>

Helsebiblioteket (2016, 3. juni) Sjekklistor. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor?fbclid=IwAR0dU0JD7h6891d7EJxOdzmf5vWLGx-jC7NYceBSJQckEcK0YrmydfvqfTk>

Holden, B. (2008). *Psykiske lidelser og utviklingshemning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Hove, O., Assmus, J., Havik, O. E. (2016). Type and Intensity of Negative Life Events Are Associated With Depression in Adults With Intellectual Disabilities. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 121(5), 419-431. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-121.5.419>
- Knudsen, T. R. (2012). Depresjon. I T. L. Bakken og M. E. Olsen (red.), *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming* (s. 81-94). Oslo: Universitetsforlaget.
- McGillivray, J. A., McCabe, M. P. (2007). Early detection of depression and associated risk factors in adults with mild/moderate intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 28(1), 59-70. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2005.11.001>
- Nylander, L. (2012). Friskvern og psykisk helse. I T. L. Bakken og M. E. Olsen (red.), *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming* (s. 45-53). Oslo: Universitetsforlaget.
- Snoek, J. E., Engedal, K. (2017). *Psykiatri for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.) Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Stalker, K., Jahoda, A., Wilson, A., Cairney, A. (2011). 'It's like an itch and I want to get it away but it's still there': understandings and experiences of anxiety and depression among young people with intellectual disabilities. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 13(4), 311-326. <https://doi.org/10.1080/15017419.2010.540836>
- Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tomlinson, S., Hewitt, O. (2018). Adults With Mild Intellectual Disabilities' Experiences of Mental Health Problems: A Qualitative Study Using Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 11(1), 16-29. <https://doi.org/10.1080/19315864.2017.1370045>

Tøssebro, J. (2014). Trender i utviklingshemmetes levekår og deltakelse. I K. E. Ellingsen (red.), *Utviklingshemming og deltakelse* (s. 52-83). Oslo: Universitetsforlaget.

Wigaard, E. (2015). Kognitiv overbelastning. I T. L. Bakken (red.), *Utviklingshemming og hverdagsvansker* (s. 42-59). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1. Søkestrategi

McGillivray, J. A., McCabe, M. P. (2007). Early detection of depression and associated risk factors in adults with mild/moderate intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 28(1), s. 59-70. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2005.11.001>

Dato lest: 25.4.19

Antall abstracts lest: 3

Søkeord	database	kombinasjoner	Antall treff
	EMBASE		
Intellectual disability			18027
depression			435219
Risk factor			943790
Limit 1 AND 2 AND 3 to adult <18 years to 64 years>			
		1 AND 2 AND 3 AND 4	31

Hove, O., Assmus, J., Havik, O. E. (2016). Type and Intesity of Negative Life Events Are Associated With Depression in Adults With Intellectual Disabilities. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 121(5), s. 419-431. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-121.5.419>

Dato lest: 25.4.19

Antall abstracts lest: 1

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
	Medline		
Intellectual disability			92665
Life events			12215
Risk factors			765125
Stress			839360
Depression			108480
		1 AND 2 AND 5	3

Tomlinson, S., Hewitt, O. (2017). Adults With Mild Intellectual Disabilities' Experiences of Mental Health Problems: A Qualitative Study Using Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 11(1), s. 16-29.
<https://doi.org/10.1080/19315864.2017.1370045>

Dato lest: 11.4.19

Antall abstracts lest: 11

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
	PsycINFO		
Intellectual disability			9846
Mental health			56632
		1 AND 2	298
Limit to (peer reviewed journal and last 5 years)			
		1 AND 2 AND 3	130

Conder, J. A., Mirfin-Veitch, B. F., Gates, S. (2015). Risk and Resilience Factors in the Mental Health and Well-Being of Women with Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability*, 28, s. 572-583.
<https://doi.org/10.1111/jar.12153>

Dato lest: 23.4.19

Antall abstracts lest: 23

Søkeord	Database	Kobinasjoner	Antall treff
	PubMed		
Intellectual disability			14943
Mental health			123918
Risk factors			357676
		1 AND 2 AND 3	457
Last 5 years			148

Stalker, K., Jahoda, A., Wilson, A., Cairney, A. (2011). 'It's like an itch and I want to get it away but it's still there': understandings and experiences of anxiety and depression among young people with intellectual disabilities. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 13(4), s. 311-326.

[https://DOI: 10.1080/15017419.2010.540836](https://doi.org/10.1080/15017419.2010.540836)

Lest: 29.4.19

Denne artikkelen ble funnet ved et ustrukturert søk. Den ble funnet ved at jeg trykte på "beslektede artikler" i Google Scholar da jeg søkte på *Adults With Mild Intellectual Disabilities' Experiences of Mental Health Problems: A Qualitative Study Using Interpretative Phenomenological Analysis*.

Vedlegg 2. Litteratormatrise

Nr. 1 Referanse	McGillivray, J. A., McCabe, M. P. (2007) Early detection of depression and associated risk factors in adults with mild/moderate intellectual disability. <i>Research in Developmental Disabilities</i> , 28(1), s. 59-70. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2005.11.001
Hensikt	Hensikten med studien var å finne ut hvordan depresjon kan oppdages på et tidlig stadium og hvilke risikofaktorer som kan utløse depresjon blant mennesker med utviklingshemming.
Metode	I studien har det blitt brukt en kvantitativ metode, med 151 voksne mennesker med lett/moderat grad av utviklingshemming (83 menn og 68 kvinner). De rangerte i en alder fra 19 til 68 år. Deltakerne ble rekruttert via tilrettelagte arbeidsplasser. Forskerne brukte semi-strukturerte intervju for å kartlegge.
Resultat/ diskusjon	39,1% av deltakerne rapporterte symptomer på depresjon. Deltakerne ble delt inn i tre grupper: deprimert, risiko for depresjon, ikke-deprimert. Studien viser at gruppene med depresjon og risiko for depresjon hadde de samme symptomene på depresjon, men den deprimerte gruppen opplevde symptomene oftere. Lavt selvbilde, negativ tankegang, flere negative livshendelser, dårlig kvalitet på sosial støtte og hyppigheten av dette er muligens risikofaktorer for utvikling av depresjon.
Egne kommentarer/ kildekritikk	Denne studien har få deltakere, derfor er det vanskelig å generalisere resultatene. Forskerne gir ikke uttrykk for at de har gjort etiske overveielser. Jeg har likevel valgt å ta med denne i min studie, da den belyser hvilke årsaker som er medvirkende for utviklingen av depresjon blant personer med utviklingshemming.

Nr. 2 Referanse	Stalker, K., Jahoda, A., Wilson, A., Cairney, A. (2011) 'It's like an itch and I want to get it away but it's still there': understandings and experiences of anxiety and depression among young people with intellectual disabilities. <i>Scandinavian Journal of Disability Reseach</i> , 13(4), s. 311-326. https://DOI: 10.1080/15017419.2010.540836
Hensikt	Hensikten med studien var å finne ut hvordan unge mennesker med lett utviklingshemming opplever det å ha angst og depresjon.
Metode	Dette er en kvalitativ studie hvor det er brukt ustrukturerte intervju på personene med utviklingshemming, mens det er brukt strukturerte intervju på familiemedlemmer/relevante fagpersoner. Studien består av 17 personer med deres familier og/eller relevante fagpersoner. 8 kvinner og 9 menn mellom 16 og 26 deltok.
Resultat/ diskusjon	Deltakerne rapporterte forskjellige symptomer på angst og depresjon: kroppslige sensasjoner, følelser, oppførsler, spesifikke fobier etc. De deltakerne som kunne si noe om årsakene til angsten og depresjonen rapporterte om stressende livshendelser, sykdommer, problemer i overgangen fra ungdom til voksen og sosial isolasjon. De deler også sine mestringsstrategier.
Egne kommentarer/ Kildekritikk	Det er bare 17 deltakere, derfor vanskelig å generalisere resultatene. Jeg har likevel valgt å inkludere artikkelen på grunn av at den gir et innblikk i hva ungdom ser på som årsaken til sin dårlige psykiske helse. Jeg har valgt å ikke ta med resultatene som går på symptomer og mestringsstrategier, kun resultater som går på årsaksforhold da det er kun det jeg trenger for å besvare min problemstilling. Forskerne har innhentet samtykke.

Nr. 3 Referanse	Tomlinson, S., Hewitt, O. (2018) Adults With Mild Intellectual Disabilities' Experiences of Mental Health Problems: A Qualitative Study Using Interpretative Phenomenological Analysis. <i>Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities</i> , 11(1), s. 16-29. https://doi.org/10.1080/19315864.2017.1370045
Hensikt	Hensikten med studien var å adressere mennesker med lett utviklingshemming sine egne erfaringer med det å ha en psykisk lidelse som depresjon, angst og/eller psykose.
Metode	Dette er en kvalitativ studie med 8 deltakere med lett psykisk utviklingshemming som har opplevd angst, depresjon eller psykose. 4 menn og 4 kvinner mellom 26 og 64 deltok. De ble rekruttert fra forskjellige dagsenter, veldedige organisasjoner og interessegrupper innenfor et fylke i Storbritannia. Deltakerne deltok i semi-strukturerte intervju og dataene ble analysert ved hjelp av Interpretative Phenomenological Analysis (IPA).
Resultat/ diskusjon	Fire overordna tema ble identifisert: elendighet, frykt og isolasjon, ødeleggende innvirkning på nære relasjoner. Negativt selvilde og problemer å få tilbake livsgnisten. Den psykiske helsen var dårlig hos alle, og alle deltakerne ble påvirket negativt av den i hverdagen. Den psykiske helsen var også vanskelig å håndtere, fordi den var uforutsigbar. Artikkelforfatterne foreslår å gi enkel kunnskap til disse menneskene slik at den blir enklere å håndtere i hverdagen.
Egne kommentarer/ Kildekritikk	Dette er en liten studie. Den har få deltakere, man kan derfor ikke regne med at resultatene er representative for alle med utviklingshemming. Deltagerne varierte også i stor grad psykiske lidelser og alder. Den tar også for seg psykisk helse (depresjon, angst og psykose), og ikke kun depresjon. Jeg har vurdert den til at den likevel er relevant for min studie. Innhentet samtykke fra deltakerne, fått studien godkjent i etisk komité.

Nr. 4 Referanse	Hove, O., Assmus, J., Havik, O. E. (2016) Type and Intesity of Negative Life Events Are Associated With Depression in Adults With Intellectual Disabilities. <i>American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities</i> , 121(5), s. 419-431. https://doi.org/10.1352/1944-7558-121.5.419
Hensikt	Hensikten med studien var å finne ut om det er assosiasjoner mellom intensiteten av negative livshendelser og utvikling av depresjon blant mennesker med utviklingshemming.
Metode	Dette er en kvantitativ studie gjort blant 593 deltakere med utviklingshemming i Norge. De ble rekruttert kommunale kontorer. Det ble sendt ut spørreskjema som ble besvart av de ansatte i boliger eller kommunale kontorer som personene med utviklingshemming er tilknyttet. Informantene hadde kjent brukerne i 6,9 år i gjennomsnitt.
Resultat/ diskusjon	En eller flere negative livshendelser er forbundet med utviklingen av depresjon. I denne studien er negative livshendelser delt inn i fire kategorier: tap (mista kontakt med viktige mennesker, dødsfall i omgangskrets etc.), sykdom (epilepsianfall, forverring av kronisk sykdom etc.), mobbing, endring (endringer i rutine, ny bolig, endring av jobb etc.). Hypotesen ble bekreftet på alle punkt bortsett fra ved endring av rutiner og bosted. Studien viser også at intensiteten av livshendelsen er avgjørende. Jo sterkere negativt hendelsen er, jo større er sjansen for depresjon.
Egne kommentarer/ Kildekritikk	Spørreskjemaene ble ikke besvart av personene med utviklingshemming selv, men av informanter. Man må da ta i betraktning at de har et annet perspektiv. For eksempel svaret ang. mobbing kunne vært høyere dersom deltakerne hadde svart selv. Spørreskjemaene ble også utfylt av samme representant fra boligen, derfor kan svarene fra tjenestemottakerne være annerledes. En annen svakhet med forskningen er at innrapportering av hendelser i brukers liv og depresjon var samtidig, derfor er det mulig at assosiasjonen mellom negative livshendelser og depresjon e lavere enn hva som blir presentert i denne studien. Jeg har likevel valgt å ta med denne artikkelen i min studie på grunn at den brede forståelsen for temaet.

Nr. 5 Referanse	Conder, J. A., Mirfin-Veitch, B. F., Gates, S. (2015) Risk and Resilience Factors in the Mental Health and Well-Being of Women with Intellectual Disability. <i>Journal of Applied Research in Intellectual Disability</i> , 28, s. 572-583. https://doi.org/10.1111/jar.12153
Hensikt	Denne studien skal sette fokus på den psykiske helsen hos kvinner med utviklingshemming og hvordan de opplever denne.
Metode	Dette er en kvalitativ studie gjort blant 25 kvinner mellom 21-65 år fra New Zealand. Det er utført omfattende intervju om livet fra barndom fram til i dag. Spørsmål om den mentale helsen ble tatt opp der det var naturlig. Deltakerne ble rekruttert via en interessegruppe for mennesker med utviklingshemming.
Resultat/ diskusjon	Flesteparten av kvinnene hadde god mental helse og flere deltakere hadde gode strategier for å opprettholde en god mental helse: godt og nært forhold til familie og venner, holde seg opptatt i hverdagen, og autonomi og lykke. Del to av studien omhandlet deltakerne med psykiske lidelser og utviklingshemming. 8 kvinner informerte at de har følt seg deprimerte over en lengre periode. Tre opplyste hendelser ble satt i sammenheng med depresjonen. Dette var hendelser som mishandling (psykisk og fysisk, mobbing, seksuelt), økt stress over tid og medisiner (seponering av medikamenter).
Egne kommentarer/ Kildekritikk	Studien omhandler kun kvinner, så man vil ikke få et generalisert bilde på psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming. Likevel er dette sårbarhetsfaktorer som kan påvirke den psykiske helsen til både menn og kvinner. Den tar også for seg psykisk helse, som er et vidt begrep. Den tar også for seg depresjon, derfor har den blitt med i studien min. Jeg har kun valgt å ta med resultatene som går på hendelser satt i sammenheng med depresjon. Innhentet samtykke fra deltakerne og fått studien godkjent i etisk komité.

