

BACHELOROPPGAVE:

**Hvordan kan sykepleier fremme god psykisk helse blant barn og unge med epilepsi?**

FORFATTER: ELLISIV AMUNDSVEEN HATLEN

Dato: 24.11.2017

Antall ord: 8782

# SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleier fremme god psykisk helse blant barn og unge med epilepsi?	Dato: 24.11.2017
Deltaker(e)/	Ellisiv Amundsveen Hatlen	
Veileder(e):	Inger Balke	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord	Sykepleie, barn, ungdom, epilepsi, psykisk helse	
Antall sider/ord: 36/8782	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: ja
<b>Introduksjon:</b> <p>Å leve med epilepsi kan være en stressfaktor i hverdagen. Barn og unge med epilepsi har høyere risiko for psykiatriske lidelser og atferdsproblemer enn jevnaldrende uten epilepsi, og flere pasienter med epilepsi og psykiske lidelser har ikke noe psykiatrisk tilbud.</p>		
<b>Hensikt:</b> <p>Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hva sykepleier kan gjøre for å bidra til en bedre psykisk helse blant målgruppen. Målet er å finne metoder som kan hjelpe til med å fremme en god psykisk helse hos barn og unge med epilepsi.</p>		
<b>Metode</b> <p>Oppgaven er en litteraturstudie, og bygger på 7 vitenskapelige artikler og annen relevant faglitteratur. De vitenskapelige artiklene ble hentet fra databasene Cinahl, Medline, og PubMed. Relevante søkeord ble brukt i søket.</p>		
<b>Resultat</b> <p>Studiene kom fram til at informasjon og kunnskap har betydning for den psykiske helsen til barn og ungdom med epilepsi. Kognitiv atferdsterapi og undervisningsintervensjoner bedret den psykiske helsen hos barn og ungdom med epilepsi. Støttende omsorg spiller inn på den mentale helsen til barn og ungdom med epilepsi.</p>		
<b>Konklusjon</b> <p>Det er viktig å sørge for at god informasjon om sykdommen og psykososiale aspekter blir gitt på en hensynsfull måte. Kognitiv atferdsterapi viser seg å være et godt verktøy i arbeidet med å fremme god psykisk helse hos barn og ungdom med epilepsi, gjerne i kombinasjon med informasjon om det medisinske ved epilepsi. Sykepleier bør yte støttende og veiledende omsorg, og fremme normalitet.</p>		

## ABSTRACT

Title:	How can nurses promote positive mental health in children and young people with epilepsy?	Date: 24.11.2017
Participants/	Ellisiv Amundsveen Hatlen	
Supervisor(s)	Inger Balke	
Employer:	_____	
Keywords	Nursing, children, youth, epilepsy, mental health	
Number of pages/words: 36/8782	Number of appendix: 0	Availability (open/confidential): Open
<p><b>Introduction:</b></p> <p>Living with epilepsy can be a stressor in everyday life. Children and young people with epilepsy have a higher risk for psychiatric problems and behavioral problems than their healthy peers, and many patients with epilepsy does not have contact with psychiatric services.</p> <p><b>Purpose:</b></p> <p>The purpose of this assignment is to examine what nurses can do to improve mental health in children and young people with epilepsy. The goal is to find methods that can help with promoting a positive mental health in children and young people with epilepsy.</p> <p><b>Method:</b></p> <p>The assignment is a literature study which is based on 7 scientific articles and other relevant literature. The scientific articles were brought in from the databases Cinahl, Medline and PubMed. Relevant search words were used.</p> <p><b>Result:</b></p> <p>The studies proved that information and knowledge has an impact on the mental health in children and young people with epilepsy. Cognitive behavioral therapy and educational interventions improved mental health in children and young people with epilepsy. Supportive care impacts the mental health in children and young people with epilepsy.</p> <p><b>Conclusion:</b></p> <p>It is important to make sure good information about the illness and psychosocial aspects is given in a considering way. Cognitive behavioral therapy is a good approach to promote positive mental health in children and young people with epilepsy, preferably combined with information about the medical aspects of epilepsy. Nurses should give supportive and conductive care, and promote a sense of normalcy.</p>		

*“...og i det jeg kjenner at hun tar meg imot før jeg deiser i bakken raser et spørsmål gjennom meg: “Dør jeg nå?” Så blir alt svart.” (Hatlen 2013)*

## Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	6
2. Bakgrunn.....	7
2.1 Hva er epilepsi.....	7
2.1.1 Psykisk helse og epilepsi.....	7
2.2 Klinisk relevans.....	9
2.3 Antonovsky: Sence of coherence.....	9
2.5 Hensikt.....	11
2.6 Problemstilling.....	11
3. Metode.....	12
3.1 Litteraturstudie som metode.....	12
3.2 Kvantitativ og kvalitativ metode.....	12
3.3 Søkestrategi.....	13
3.4 Søkedokumentasjon.....	13
3.5 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	14
3.6 Analyse av resultater.....	15
4. Resultat.....	16
4.1 Resultatpresentasjon.....	16
4.2 Tematisk oppsummering av resultater.....	23
4.2.1 Betydningen av informasjon og kunnskap.....	23
4.2.2 Bedre psykisk helse gjennom kognitiv atferdsterapi.....	23
4.2.3 Behovet for støtte.....	24
5. Drøfting.....	26
5.1 Helsefremmende sykepleie gjennom informasjon og kunnskap.....	26
5.2 Kognitiv atferdsterapi som verktøy i helsefremmende sykepleie.....	28
5.3 Støttende sykepleie til barn og unge med epilepsi.....	30
5.4 Forskningsetiske overveielser og kildekritikk.....	32
6. Konklusjon.....	34
7. Litteraturliste.....	35

# 1. Innledning

I følge Syvertsen, Koht og Nakken (2015) antar man at forekomsten av aktiv epilepsi i Norden er på ca. 0,6%, som gjør det til en av de vanligste nevrologiske sykdommene vi har, og man antar at det er 30-60 nye tilfeller pr 100 000 innbygger per år (Syvertsen, Koht og Nakken 2015). 0,6% av Norges befolkning tilsvarer nesten 31 300 personer etter folkemengden i 2015 (SSB 2016).

Lossius et al. (2006) undersøkte frekvensen og påvirkningen av psykiske symptomer hos norske ungdommer i alderen 13-16 år med epilepsi, og sammenlignet funnene med ungdommer uten epilepsi. De fant ut at prosentandelen som scoret utenfor normalen på undersøkelsen var høyere blant de med epilepsi enn de uten. For de som gikk i 10.klasse var det nesten 40% av ungdommene med epilepsi som scoret utenfor normalen sammenlignet med 17% hos kontrollgruppen. De konkluderte med at ungdommer med epilepsi har en høyere forekomst av psykiske symptomer enn kontrollgruppen uten epilepsi. De mener dette indikerer at ungdommer med epilepsi har høyere risiko for å utvikle flere psykiske lidelser, som depresjon, angst og atferdsdiagnoser. Ungdommene med epilepsi følte også at de hadde flere vanskeligheter i dagliglivet enn de uten epilepsi. Artikkelforfatterne mener det er svært viktig at man prøver å hjelpe og forebygge psykiske problemer hos denne gruppen (Lossius et al. 2006).

Norsk epilepsiforbund (Norsk epilepsiforbund u.å.) påpeker at det ofte er tillegg utfordringer ved epilepsi som oppleves mer utfordrende enn selve anfallene. Hvilke utfordringer som oppleves og hva årsakene til utfordringene kan være, er individuelle og har mange variasjoner, men de trekker frem følgende som eksempler:

- Psykososiale/psykiske utfordringer knyttet til sosial omgang, redusert selvtillit, utrygghet, depresjon og angst.
- Kognitive utfordringer som hukommelsestap og læringsvansker.
- Tretthet/utmattelse som gir redusert kapasitet.
- Fysiske utfordringer, som motoriske utfordringer eller smerter i muskler og ledd grunnet anfall.

(Norsk epilepsiforbund u.å.)

## 2. Bakgrunn

### 2.1 Hva er epilepsi

Epilepsi er et samlebegrep på tilstander som fører til tilbakevendende epilepsianfall, og skyldes en funksjonsforstyrrelse i hjernen. Elektriske utladninger forstyrrer de elektriske signalene mellom hjernecellene, som gir forskjellige form og uttrykk på anfall ut ifra hvor i hjernen denne forstyrrelsen oppstår. Anfallene kan deles i to hovedgrupper: Fokale og generaliserte anfall (Norsk epilepsiforbund u.å.).

Årsakene til epilepsi varierer og påvirkes av pasientens alder, sykehistorie og epilepsitype. Hos mange er det vanskelig å si noe om hva årsaken kan være. Årsakene kan være på grunn av skader eller funksjonsforstyrrelser i sentralnervesystemet. Genetikk kan spille en rolle for noen epilepsiformer (Aaberg 2015).

Epilepsi behandles for det meste med medikamenter, og hos de fleste vil disse gi kontroll over anfallene. 1/3 av pasientene vil ikke få god nok kontroll med kun medisiner, og hos disse kan man vurdere diettbehandling eller kirurgisk behandling. I tillegg til behandlinger er det også viktig med tilrettelegging og anfallsforebyggende tiltak for å redusere risikoen for anfall. Anfallsutløsende faktorer kan være søvmangel, matmangel, feber, rusmidler eller psykisk stress (Aaberg 2015).

#### 2.1.1 Psykisk helse og epilepsi

Forekomsten av psykiske lidelser eller plager hos barn og unge med epilepsi er undersøkt i flere studier. Barn og unge med epilepsi har høyere risiko for psykiatriske lidelser og atferdsproblemer (Ettinger et al. 1998; Baki et al. 2004; Caplan et al. 2005; Lossius et al. 2006; Hanssen-Bauer, Heyerdahl og Eriksson 2007; Dunn, Austin og Perkins 2009; Alfstad et al. 2011; Vega et al. 2011; Tegethoff et al. 2015; Shamsaei et al. 2016), og flere pasienter med epilepsi og psykiske lidelser har ikke noe psykiatrisk tilbud (Ettinger et al. 1998; Caplan et al. 2005; Hanssen-Bauer, Heyerdahl og Eriksson 2007).

Lossius et al. (2006) kunne konkludere med at ungdommer med epilepsi hadde høyere forekomst av psykiske symptomer enn sine jevnaldrende, og hadde høyere risiko for psykiske lidelser som depresjon, angst og atferdsdiagnoser. En annen studie fra Norge kunne konkludere med at 77% av barn og ungdom i alderen 9-15 år som var innlagt på et epilepsisenter hadde en mulig eller sannsynlig psykiatrisk lidelse, og nesten 80% av de med

mulig psykiatrisk lidelse hadde ikke hatt noen kontakt med det psykiatriske helsevesenet (Hanssen-Bauer, Heyerdahl og Eriksson 2007). Det kan ha skjedd bedringer i det psykiatriske aspektet rundt epilepsibehandlingen siden 2006 og 2007, men i nyere studier er det også kommet frem at barn og unge med epilepsi har symptomer på psykiske plager og lidelser (Tegethoff et al. 2015; Shamsaei et al. 2016). Norsk epilepsiforbund sier også som nevnt innledningsvis at personer med epilepsi kan ha psykososiale og psykiske utfordringer (Norsk epilepsiforbund u.å.).

En svensk-norsk studie (Persenius et al. 2015) undersøkte endringer i livskvalitet og sense of coherence/opplevelse av sammenheng (SOC/OAS) blant pasienter med ukomplisert epilepsi i overgangen fra ungdom til voksen. Selv om livskvaliteten holdt seg stabil over en 10-års periode så sank OAS i samme periode, men det var en sammenheng mellom høy livskvalitet og høy OAS (Persenius et al. 2015). Gauffin, Landtblom og Rätty (2010) kunne fastslå at ungdommer med epilepsi fra 13 år og oppover hadde en nedgang i OAS og selvtillit over tid fram til voksenlivet. OAS ble ikke nødvendigvis påvirket av epilepsirelaterte faktorer, men av selve fenomenet epilepsi. Selvtilliten ble påvirket av epilepsirelaterte faktorer som hyppigheten av anfall (Gauffin, Landtblom og Rätty 2010).

Ungdom opplever stressfaktorer i forbindelse med epilepsi, som anfall, begrensninger av fritidsaktiviteter, bivirkninger av medisiner og følelsen av å være annerledes (Eklund og Sivberg 2003). Stressfaktoren anfall er knyttet til angsten for fremtidige anfall, til det å sjenerer seg under et anfall, bli skadet og det å miste kontroll over sin egen kropp.

Begrensninger knyttet til fritidsaktiviteter er knyttet til å unngå situasjoner som kan risikere i flere anfall, som alkohol eller blinkende lys på nattklubber eller tv eller data. De unngår ofte begrensninger knyttet til spesielle aktiviteter som gir høyere risiko for skader dersom de får et anfall. Dette gjør at de ikke føler de kan gjøre alt som deres jevnaldrende gjør (Eklund og Sivberg 2003). For å mestre stressfaktorene bruker ungdommer ulike mestringsstrategier. Den viktigste strategien er å finne emosjonell og praktisk støtte fra familie, lærere, helsepersonell, og jevnaldrende. For å regulere angsten er det viktig for ungdommene å få en følelse av kontroll, og er knyttet til kunnskap om hvordan håndtere medisiner og forholdsregler på best mulig måte, søke etter kunnskap om sykdommen, og det å ha en positiv holdning.

Eksperimentering er også en brukt mestringsstrategi, hvor de tester egne grenser og lærer eventuelle konsekvenser av dette (Eklund og Sivberg 2003).

Caplan et al. (2005) understreker at det er viktig å oppdage psykiske symptomer blant barn og unge med epilepsi tidlig, blant annet for å forebygge mot selvmord (Caplan et al. 2005).



## 2.2 Klinisk relevans

Sykepleiere vil kunne møte denne målgruppen både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Siden epilepsi forekommer hos ca 0,6% av befolkningen (Syvertsen, Koht og Nakken 2015) er sjansen stor for at man møter pasienter med en eller annen form og grad av epilepsi. Det kan være pasienter som er innlagt på sykehus enten i forbindelse med epilepsi eller på grunn av andre årsaker, eller man kan møte de som polikliniske pasienter i forskjellige settinger. Man kan møte disse pasientene i psykiatritjenesten på ulike nivåer, og man kan møte de i hjemmetjenesten da noen kan ha behov for tjenester i hjemmet på grunn av flere sykdommer.

Et viktig punkt i sykepleierens arbeid er det forebyggende arbeidet, og Lossius et al. (2006) påpeker at det er viktig å forebygge psykiske problemer hos målgruppen. Dersom sykepleier kan forebygge mot psykiske lidelser, sparer man ikke bare pasienten for lidelse men man sparer samfunnet ressursmessig og økonomisk. Dersom man kan forebygge psykiske lidelser kan dette føre til at færre får behov for psykiatrisk behandling senere, og flere kan klare seg i jobb noe som gagnar samfunnet. I en rapport fra folkehelseinstituttet (Mykletun og Knudsen 2009) kommer det fram at psykiske lidelser er en av de største årsakene til sykefravær og uførepensjon, og det er økende i tillegg til at det innvilges gjennomsnittlig 9 år tidligere enn for somatiske sykdommer. Dette fører til flere tapte arbeidsår ved uførepensjonering (Mykletun og Knudsen 2009).

Sykepleier har ofte en undervisende og veiledende rolle i møtet med pasienter og pårørende, noe som sykepleier kan bruke i arbeidet mot god psykisk helse hos barn og ungdom med ulike problemstillinger. Veiledning og opplæring er en lovpålagt oppgave helsevesenet har, og i pasientrettighetsloven paragraf 3-5 står det at «informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.» (Pasient- og brukerrettighetsloven 2001)

## 2.3 Antonovsky: Sence of coherence

Sence of coherence, eller oversatt til opplevelse av sammenheng (OAS), er det sosionomen Antonovsky (2012) beskriver som svaret på det salutogene spørsmålet. OAS består av tre hovedkomponenter:

- Begripelighet, som handler om tendensen til å forvente at verden har orden, struktur og er klar og tydelig.
- Håndterbarhet, som handler om forventningen at de krav skapt av problemene i livet er håndterbare, men også om å søke ut passende ressurser.
- Meningsfullhet, som handler om tendensen til å se at livet har mening, som kan motivere personen til å konfrontere problemene.

Hovedkomponentene i OAS spiller en viktig rolle i følelsen av mestring, helse og velvære (Antonovsky 2012). Antonovsky (2012) definerer OAS slik:

*Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i.*  
(Antonovsky 2012, s.41)

Innenfor OAS finner vi begrepene stressfaktor og motstandsressurser. Stressfaktorer går ut på at man kan ha krav som man ikke nødvendigvis har noen umiddelbar eller passende respons på, som kan svekke OAS. Det kan være kroniske stressfaktorer, vesentlige livsbegivenheter eller akutte, daglige irritasjonsmomenter (Antonovsky 2012). Motstandsressurser styrker og skaper en sterk OAS ved å gi en opplevelse av medbestemmelse, indre sammenheng og en balanse mellom under- og overbelastning. En person med en sterk OAS har flere mestringsressurser tilgjengelig og evner å velge den eller de mestringsressursene som er best egnet til å håndtere ulike stressfaktorer som måtte oppstå (Antonovsky 2012). Det er fire områder som må investeres i for å ikke tape ressurser og mening: indre følelser, nære mellommenneskelige relasjoner, primære rolleaktiviteter og eksistensielle temaer (Antonovsky 2012).

Antonovsky sin teori rundt OAS er et relevant perspektiv å dra inn i denne oppgaven da en sterk OAS er knyttet til det å kunne håndtere stressfaktorer på en måte som fremmer god psykisk helse. Det å ha epilepsi kan skape flere stressfaktorer (Eklund og Sivberg 2003). Den som går inn i voksenlivet med en svak OAS, kan man havne i en ond sirkel hvor tilværelsen stadig blir mer kaotisk, uhåndterbart og uten mening (Antonovsky 2012).

## 2.5 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hva sykepleier kan gjøre for å bidra til en bedre psykisk helse blant barn og unge med epilepsi. Temaet som belyses er psykisk helse og epilepsi hos barn og unge, og hvilke metoder som kan hjelpe til med å fremme en god psykisk helse hos denne gruppen.

## 2.6 Problemstilling

Den valgte problemstilling er:

*Hvordan kan sykepleier fremme en god psykisk helse blant barn og unge med epilepsi?*

Med barn og unge begrenses alder til barneskole og oppover, altså 6-18 år. Grunnen til at barn under skolealder ikke er inkludert er at barn fra skolealder har høyere grad av selvstendighet og forståelse, og man kan stille en mer sikker diagnose.

## 3. Metode

### 3.1 Litteraturstudie som metode

«En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder» (Thidemann 2015). Dette vil si at man samler inn litteratur, går gjennom det man finner med et kritisk blikk, og til slutt sammenfatter det man har funnet. Man gir leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskap knyttet til tema i problemstillingen, og forklarer hvordan man har funnet denne kunnskapen (Thidemann 2015).

Thidemann (2015) foreslår at gjennomføringen av en litteraturstudie har 6 trinn, og dette har vært en veileder i arbeidet med denne oppgaven. Man skal først formulere en avgrenset og presis problemstilling, for så å forberede et litteratursøk. Litteratursøket gjennomføres, og man vurderer kvaliteten på innsamlede artikler. Videre analyseres og tolkes resultatet, og resultatet sammenfattes til slutt (Thidemann 2015).

### 3.2 Kvantitativ og kvalitativ metode

Kvantitativ metode er en forskningsmetode som baserer seg på eksakt faktakunnskap gjennom målbare data. Den er naturvitenskaplig og forklarende. Man bruker statistiske beregninger, og resultater blir gjerne presentert i tabellform. Data blir samlet inn ved bruk av spørreundersøkelser med faste svaralternativer, standardisert og systematisk observasjon og eksperiment (Thidemann 2015).

Kvalitativ metode er en humanvitenskaplig og forstående forskningsmetode som baserer seg på å gå mer i dybden for å finne sammenhenger. Data blir samlet inn ved å bruke intervju, feltarbeid, observasjon og dokumentanalyse (Thidemann 2015).

Både kvantitative og kvalitative studier er av interesse for denne oppgavens problemstilling. Kvantitative studier kan eksempelvis belyse om ulike tilnærminger eller tiltak har noen effekt på den psykiske helsen til målgruppen eller ikke, mens kvalitative studier kan eksempelvis gi en mer forståelse rundt mellommenneskelige forhold og virkningen av det. Jeg har også valgt å ikke ekskludere litteraturstudier, da slike studier kan gi en god sammenfattet og kritisk oversikt over tema.

### 3.3 Søkestrategi

Søkeord som er brukt: Epilepsy, psychiatric symptoms, children, adolescents, nursing, depression, anxiety, cognitive, improve/improving, intervention, mental health, quality of life, pediatric care, chronic illness, management.

Databaser som er brukt: Cinahl, Psykinfo, Medline, Pubmed, Proquest, Academic search elite.

### 3.4 Søkedokumentasjon

Database	Søkeord og begrensing	Kombinasjoner	Antall treff	Referanse
Cinahl Complete	1. Epilepsy	1	14155	Jones, J. E., Blocher, J. B., Jackson, D. C., Sung, C. og Fujikawa, M. (2014) 'Social anxiety and self-concept in children with epilepsy: A pilot intervention study', <i>Seizure: European Journal of Epilepsy</i> , 23(9), s. 780-785.
	2. Cognitive	1+2+3+4	10	
	3. Children	1+2+3+4+5	7	
	4. Improving			
	5. 2007-2017			
Pubmed	1. Epilepsy	1	166770	Shore, C. P., Perkins, S. M. og Austin, J. K. (2008) 'The Seizures and Epilepsy Education (SEE) Program for families of children with epilepsy: A preliminary study', <i>Epilepsy and Behavior</i> , 12(1), s. 157-164.
	2. Adolescents	1+2	32329	
	3. Mental health	1+2+3 1+2+3+4+5+8	791 24	
	4. Nursing	1+2+3+4+5+8+6+7	3	
	5. Children			
	6. Quality of life			
	7. 2007-2017			
	8. Full text			
Pubmed	1. Pediatric care	1+2+3+4 1+2+3+4+5	158 5	Shepherd, J. M. (2014) 'Younger children's nursing students are uniquely placed to provide emotional care for young people in hospital and promote for them a sense of normalcy', <i>Nurse Education Today</i> , 34(6), s. 1034-1039.
	2. Mental health			
	3. Nurse			
	4. 2007-2017			
	5. Chronic illness			

Medline	1. Epilepsy 2. Adolescents 3. Mental health 4. Management	1 1+2+3 1+2+3+4	143534 24 4	Austin, J. K., Perkins, S. M. og Dunn, D. W. (2014) 'A model for internalized stigma in children and adolescents with epilepsy', <i>Epilepsy &amp; Behavior</i> , 10.1016/j.yebeh.2014.04.020.
Medline Ovid	1. Epilepsy 2. Adolescents 3. Cognitive 4. Intervention 5. Improve	1 1+2 1+2+3 1+2+3+4 1+2+3+4+5	143611 29229 1550 54 4	Carbone, L., Plegue, M., Barnes, A. og Shellhaas, R. (2014) 'Improving the mental health of adolescents with epilepsy through a group cognitive behavioral therapy program', <i>Epilepsy &amp; Behavior</i> , 39 s. 130-134.

I tillegg til primære søk i databaser studerte jeg referanselistene til aktuelle artikler som dukket opp under søkeprosessen, og abstracter til interessante referanser ble lest for å se om de passet inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Slik kom jeg fram til at følgende artikler også passet oppgavens problemstilling:

- Funderburk, J. A., McCormick, B. P. og Austin, J. K. (2007) 'Does attitude toward epilepsy mediate the relationship between perceived stigma and mental health outcomes in children with epilepsy?', *Epilepsy and Behavior*, 11(1), s. 71-76.
- Merianos, A., Vidourek, R., King, K. og Nabors, L. (2015) 'Hospital, School, and Community-Based Strategies to Enhance the Quality of Life of Youth with Chronic Illnesses', *The Official Journal of the International Society for Quality-of-Life Studies*, 10(2), s. 329-342.

### 3.5 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfelleverderte artikler	Artikler >10 år
Språk: engelsk eller skandinavisk	Spedbarn/voksne
Deltakere >6 og <19 år	Ikke overførbart til norske forhold
Artikler etter 2007	Psykisk utviklingshemming
	Artikler som kun omhandler forekomst av psykiske vansker hos målgruppen.

### 3.6 Analyse av resultater

Målet med analyseringen av resultatene er å sammenfatte resultatene og skape en ny helhet ut ifra denne sammenfatningen (Aveyard 2014). Aveyard (2014) mener at det lønner seg å bruke en tematisk analyse i arbeidet med å sammenfatte resultatene i en bacheloroppgave, og det er denne metoden som er brukt i denne oppgaven. Dette går ut på å først samle en kritisk oppsummering av artiklene, så finne punkter eller temaer fra artiklene som kan knyttes til problemstillingen, og slå sammen de temaene som passer sammen fra de ulike artiklene. Temaene sammenlignes og undersøkes opp imot problemstillingen (Aveyard 2014). Det er de punktene som kommer fram i den kritiske tematiske analysen som skal trekkes fram videre i drøftingen.

## 4. Resultat

### 4.1 Resultatpresentasjon

Nr. 1 Referanse	Shore, C. P., Perkins, S. M. og Austin, J. K. (2008) 'The Seizures and Epilepsy Education (SEE) Program for families of children with epilepsy: A preliminary study', <i>Epilepsy and Behavior</i> , 12(1), s. 157-164.
Hensikt	Undersøke effekten av SEE-programmet innenfor bedring av livskvalitet, mestring av en anfallstilstand, og bruken av helsetjenester blant familier som har et barn med epilepsi.
Metode	Kvantitativ studie fra USA. Foreldrene ble rekruttert, barnet deltok dersom det var minst 12 år og ikke hadde lærings- eller sensoriske vansker. 17 familier deltok. SEE-programmet foregikk over 2 dager på 8 timer. Første del tok for seg det medisinske rundt epilepsi, andre del handlet om psykososiale bekymringer og hadde som mål å bedre mestringsferdigheter knyttet til emosjonelle problemer assosiert med epilepsi. Spørreundersøkelser ble gitt til deltakerne før, 1 måned etter, og 6 måneder etter deltakelse. Data på ulike parametere ble samlet inn og analysert.
Resultat og diskusjon	Barna hadde høye depressive symptomer ved oppstart. Barna rapporterte bedring i egen selvfølelse, færre depressive symptomer, men ikke endring i anfallskontroll, bekymring eller økt epilepsikunnskaper etter intervensjonen. Lite økt kunnskap om epilepsi tror forfatterne skyltes avansert språk, mye detaljer og lange undervisningsdager. Foreldrene følte større tillit til anfallshåndtering og mindre bekymring, men ikke endring i egen angst, depresjon eller aggresjon. Ingen endring i bruk av omsorgstjenester. Begrensninger: ingen kontrollgruppe, lite rekrutering, homogen gruppe. Barn og foreldre hadde høyere livskvalitet etter programmet. Forfatterne tror fokuset på det psykososiale aspektet rundt det å leve med epilepsi har bidratt til dette.
Konklusjon	Deltakelse på SEE-programmet kan være nyttig for familier som har barn med epilepsi, men det kreves mer forskning. Barna viste økt selvfølelse og mindre depressive symptomer, men ikke forskjell på epilepsikunnskaper.
Relevans for oppgaven	Studien sier noe om nytten av typen informasjon gitt i SEE-programmet, og viser at det har effekt på barnas selvfølelse og psykiske symptomer. Sykepleier kan bruke elementer fra SEE-programmet i sitt arbeid med barn og unge med epilepsi, og bruke dette i undervisningssammenheng.



<p><b>Nr. 2</b> Referanse</p>	<p>Carbone, L., Plegue, M., Barnes, A. og Shellhaas, R. (2014) 'Improving the mental health of adolescents with epilepsy through a group cognitive behavioral therapy program', <i>Epilepsy &amp; Behavior</i>, 39 s. 130-134</p>
<p>Hensikt</p>	<p>Å utvikle et intervensjonsprogram basert på kognitiv atferdsterapi designet for å bedre den mentale helsen og sosiale funksjonen hos ungdommer med epilepsi. Evaluere gjennomførbarheten og effektiviteten av et internettmøte-basert gruppeintervensjon sammenlignet med personlig gruppetime. Evaluere forenligheten av ungdommenes og foreldrenes vurderinger av mental helse og sosial innvirkning av epilepsi.</p>
<p>Metode</p>	<p>Kvantitativ studie fra USA. Deltakerne var 13-17 år, diagnostisert med epilepsi eller anfallslidelse, og gikk på antiepileptika, Programmet ble presentert i to formater: en workshop på en dag (6 timer) for de som møtte opp personlig, det andre var et ukentlig interaktivt web-basert program for de som ikke kunne møte personlig (1 time i uka i 6 uker). Programmet inneholdt fakta om epilepsi og CBT-temaer. Mental helse ble vurdert før, like etter og 4 måneder etter intervensjonen. Bakgrunnsdata om deltakerne ble hentet. 25 ungdommer deltok i workshopen, 9 deltok på online-programmet. Resultater ble analysert og sammenlignet med variabler som demografi.</p>
<p>Resultat og diskusjon</p>	<p>Mange deltakere hadde risiko eller mulig risiko for å utvikle mentale helseproblemer. Ungdommene rapporterte betydelig forbedring i Prosocial Atferd. Foreldrene rapporterte betydelig forbedring i Totale Vanskeligheter, Konsekvenser, Likemannsproblemer, og Prosocial Atferd. Barn med generalisert epilepsi hadde høyere forbedring i scoring av Oppførsel og Total SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) enn de med fokal epilepsi. Begge typer intervensjoner var effektiv og resulterte i bedret mental helse og sosial funksjon for ungdommene, resultatet varte i minst 4 måneder. Ingen kontrollgruppe og få deltakere.</p>
<p>Konklusjon</p>	<p>Intervensjoner basert på kognitiv atferdsterapi, sammen med epilepsiundervisning, påvirker flere områder på den psykiske, emosjonelle og sosiale funksjonen hos ungdom med epilepsi.</p>
<p>Relevans for oppgaven</p>	<p>Studien viser at intervensjoner basert på kognitiv atferdsterapi med elementer av epilepsiundervisning har en positiv effekt på den psykiske helsen hos ungdommer med epilepsi. Sykepleier kan være med og holde slike kurs for å fremme psykisk helse hos denne gruppen, eller bruke elementer fra et slikt program i sitt møte med målgruppen.</p>

<b>Nr. 3</b> Referanse	Austin, J. K., Perkins, S. M. og Dunn, D. W. (2014) 'A model for internalized stigma in children and adolescents with epilepsy', <i>Epilepsy &amp; Behavior</i> , 10.1016/j.yebeh.2014.04.020.
Hensikt	Å teste forhold i en modell som identifiserte variabler som var sterkest assosiert med oppfatningen av stigma hos barn og ungdommer med epilepsi. Mål: å utvikle et teoretisk grunnlag for framtidig intervensjonsforskning ved å identifisere variabler assosiert med oppfatninger av stigma som er potensielt mottakelig for psykososiale intervensjoner.
Metode	Kvantitativ studie fra USA. Deltakere: 173 barn mellom 9-14 år med epilepsi, 85 jenter og 88 gutter. Eksklusjonskriterier: intellektuelle vansker, progressiv hjerneskade, annen kronisk lidelse. Datainnsamling gjennom telefonintervjuer. Ulike faktorer ble målt gjennom ulike skalaer. Barna svarte på spørreskjema om følelsen av internalisert stigma, foresatte ga informasjon om familiemiljø. Data ble analysert gjennom en strukturell ligningsmodell.
Resultat og diskusjon	Større behov for informasjon og støtte, større frykt og bekymringer rundt anfall hos barnet, flere alvorlige anfall, og yngre alder hos barnet var direkte relatert til oppfatningen av stigma hos barnet. Større behov for informasjon og støtte utgjorde nøkkelvariablen, og var assosiert med dårlig mestringstro rundt anfallshåndtering. Strategier for å adressere internalisert stigma er å adressere barn og ungdommer sine bekymringer relatert til det å ha epilepsi. Datainnsamlingen tilsa relativt lave nivåer av stigma, i tillegg til frykt og bekymringer, som kan skyldes for lav sensibilitet i brukte skalaer.
Konklusjon	Oppfatningen av stigma er assosiert med to variabler som muligens er mottakelig for psykososiale intervensjoner: Frykt og bekymringer rundt det å ha epilepsi, og nødvendigheten for informasjon og støtte.
Relevans for oppgaven	Sykepleier kan komme med informasjon og støtte i sitt møte med barn og ungdommer med epilepsi, og adressere frykt og bekymringer de eventuelt skulle sitte med for å minske følelsen av stigma.

Nr. 4 Referanse	Merianos, A., Vidourek, R., King, K. og Nabors, L. (2015) 'Hospital, School, and Community-Based Strategies to Enhance the Quality of Life of Youth with Chronic Illnesses', <i>The Official Journal of the International Society for Quality-of-Life Studies</i> , 10(2), s. 329-342.
Hensikt	Undersøke nyskapende strategier i å bedre livskvaliteten hos unge med kronisk sykdom
Metode	Litteraturstude fra USA. Søk ble gjort i databasene CINAHL, Academic Search Premier, SocIndex, MEDLINE, og Education Research Complete. Søkord: Chronic illness, youth, quality of life, og intervention. Inklusjonskriterier: engelsk språk, publisert mellom 1.januar 2000 og 1.juni 2013, kun unge med kroniske lidelser, fokus på å øke livskvaliteten blant unge med kronisk lidelse i sykehus-, skole- eller samfunnssetting, og intervensjoner skal ha skjedd i USA. 25 fagfelleverderte studier møtte søkekriteriene.
Resultat og diskusjon	Strategier: Sykehus: Implementere familiesentrert omsorg for å kunne ha et støttende miljø. Redegjøre for, og kommunisere hensiktsmessig i henhold til barnets kognitive, sosiale og emosjonelle utvikling. Hjelp familier med å få informasjon om sykdommen og sykdomshåndtering, tidlig kunnskap hos barnet var assosiert med bedre psykososial tilpasning. Skole: Bruke sykepleier på skolen som kan håndtere de medisinske behovene. Implementere samarbeid mellom skole- og helsevesen. Bruke skolerådgivere og skolepsykologer som en ressurs. Samfunn: Implementere støttegrupper for familier, også på nett. Implementere programleirer, for å bli kjent med andre likesinnede, bli mer selvstendige, øke ferdigheter, og komme ut av isolasjon og restriktivitet.
Konklusjon	Psykososial omsorg er nødvendig for å beskytte livskvalitet hos unge med kronisk lidelse. Ved å bedre graden av sykehus-, skole- og samfunnsbaserte støtte for unge med kronisk lidelse er det mulig å bedre den totale livskvaliteten betydelig.
Relevans for oppgaven	Sykepleier kan ta del i flere av nevnte strategier, som viser til økt livskvalitet, og dermed også fremmer psykisk helse.

<b>Nr. 5</b> Referanse	Shepherd, J. M. (2014) 'Younger children's nursing students are uniquely placed to provide emotional care for young people in hospital and promote for them a sense of normalcy', <i>Nurse Education Today</i> , 34(6), s. 1034-1039.
Hensikt	Sette lys på de emosjonelle konsekvensene av å være innlagt på sykehus for unge mennesker. Etterforske innvirkning av omsorg gitt av unge sykepleiestudenter og hvordan dette kan gi en følelse av normalitet hos pasientene.
Metode	Kvalitativ studie fra England. Individuelle ustrukturerte intervjuer av 11 unge sykepleiestudenter i alderen 17-19 år og 9 unge pasienter med kronisk lidelse mellom 13-18 år. Intervjuene ble analysert og tolket.
Resultat og diskusjon	Unge pasienter innlagt for kronisk lidelse opplevde øyeblikk hvor de ikke hadde annet å fokusere på enn å bli bedre. Gjennom omsorgsintervensjoner kunne sykepleiestudenter hjelpe dem å glemme sykdommen for en stund, og promotere en følelse av normalitet. Ut ifra resultatene foreslås et rammeverk for normaliserende omsorg til unge pasienter. Rammeverket fokuserer på fysiske, emosjonelle, kognitive og kulturelle behov.
Konklusjon	Unge sykepleiestudenter har en unik mulighet til å bidra i ontologisk omsorgsintervensjoner med unge pasienter grunnet likhet i alder og utviklingsnivå. De har en unik mulighet til å hjelpe pasienter komme tilbake til deres egne hverdagsliv, og promotere en følelse av normalitet.
Relevans for oppgaven	Sykepleier må være klar over den emosjonelle påkjenningen unge pasienter kan ha i tiden på sykehus. Sykepleieveiledere bør legge til rette for unge sykepleiestudenter i å kommunisere med unge pasienter på en terapeutisk måte. Omsorgen til pasientene bør promotere en følelse av normalitet, og elementene i rammeverket som foreslås kan brukes av både sykepleiestudenter og sykepleiere.

<b>Nr. 6</b> Referanse	Jones, J. E., Blocher, J. B., Jackson, D. C., Sung, C. og Fujikawa, M. (2014) 'Social anxiety and self-concept in children with epilepsy: A pilot intervention study', <i>Seizure: European Journal of Epilepsy</i> , 23(9), s. 780-785.
Hensikt	Vurdere hvordan kognitiv atferdsterapi (CBT) som angstintervensjon påvirket sosial angst, utviklingen av sosiale ferdigheter, og selvkonsept hos barn med epilepsi.
Metode	Kvantitativ studie fra USA. 15 barn mellom 8-13 år med epilepsi og en primær angstlidelse deltok i en CBT-intervensjon gjennom 12 uker. Oppfølging etter 3 måneder. Barna ble vurdert ved oppstart, uke 7, uke 12 og 3 måneder etter behandling for å måle endringer i sosial angst og selvkonsept. CBT-intervensjonen hadde 12 nivåer.
Resultat og diskusjon	Betydelig nedgang i symptomer på sosial angst og forbedring i selvkonsept. Ved å adressere sosiale ferdighetsmangler og forbedre mestringsatferd kan man samtidig redusere symptomer på sosial angst, og bedre selvkonsept med et håp om at man på lang sikt påvirker livet videre på en positiv måte. Studien hadde liten gruppe deltakere, og ingen kontrollgruppe.
Konklusjon	Bruken av en evidensbasert CBT-intervensjon reduserte symptomer på sosial angst ved å bruke verktøy rettet spesifikt mot sosiale ferdigheter og bedring av selvkonsept hos barn med epilepsi.
Relevans for oppgaven	Sykepleier kan ta del i CBT rettet mot denne målgruppen for å bedre symptomer på sosial angst, dårlig selvkonsept, og sosiale ferdigheter. Ved å fokusere på selvkonsept og sosiale ferdigheter kan man fremme psykisk helse, hvor man behandler en allerede eksisterende sosial angst eller forebygger utviklingen av sosial angst.

Nr. 7 Referanse	Funderburk, J. A., McCormick, B. P. og Austin, J. K. (2007) 'Does attitude toward epilepsy mediate the relationship between perceived stigma and mental health outcomes in children with epilepsy?', <i>Epilepsy and Behavior</i> , 11(1), s. 71-76.
Hensikt	Undersøke hvor stor grad barns holdninger til epilepsi formidler forholdet mellom opplevd stigma og mental helse innen selvkonsept, atferdsproblemer og sosial kompetanse.
Metode	Kvantitativ studie fra USA. Deltakere: 173 unge mellom 9-14 år som var under behandling for epilepsi og hadde gått på antiepileptika i minst 6 måneder. Eksklusjonskriterier: Annen kronisk lidelse, progressiv hjernesykdom, mental utviklingshemming. Data ble samlet gjennom strukturerte intervjuer og fra pasientjournaler. Opplevelsen av stigma assosiert med epilepsi, barnas holdninger til det å ha epilepsi, selvkonsept, demografi og anfallsstatus ble målt. Atferdsproblemer og sosial kompetanse ble målt fra en skala foreldrene fylte ut. Data ble analysert i form av statistikk.
Resultat og diskusjon	Betydelig sammenheng ble funnet mellom stigma og holdninger, stigma og selvkonsept, og holdning og selvkonsept. Lignende forhold ble funnet for atferdsproblemer. Holdninger formidlet delvis forholdet mellom opplevd stigma og både selvkonsept og atferdsproblemer, men ikke mellom opplevd stigma og sosial kompetanse. Intervensjoner som har som mål å bedre en mer positiv holdning til det å ha epilepsi kan hjelpe på selvkonseptproblemer eller atferdsproblemer, men ikke sosial kompetanse, og burde være assosiert med videre bedring i mental helse. Barn med aktiv anfallsstatus bør være i målgruppen for holdningsintervensjoner. Eksempler på aktuelle holdningsintervensjoner blir foreslått. Pedagogiske leker relatert til epilepsi blir trukket fram som normalitetsfremmende intervensjon.
Konklusjon	Resultatene foreslår at å øke en mer positiv holdning til det å ha epilepsi kan være med på å bedre problemer med dårlig selvkonsept eller atferdsproblemer, men påvirker ikke nødvendigvis sosial kompetanse.
Relevans for oppgaven	Studien kommer med forslag til tiltak som kan fremme en mer positiv holdning til det å ha epilepsi, som sykepleier kan bruke.

## 4.2 Tematisk oppsummering av resultater

### 4.2.1 Betydningen av informasjon og kunnskap

Shore, Perkins og Austin (2008) kunne gjennom sin studie konkludere med at barn med epilepsi fikk økt selvfølelse og mindre depressive symptomer etter deltakelse på «The Seizures and Epilepsy Education (SEE) Program». SEE-programmet besto av undervisning om både det medisinske rundt epilepsi og psykososiale bekymringer. Barna hadde ikke økt kunnskap om epilepsi, men dette var ifølge studien trolig grunnet for avansert og detaljert språk og for lange undervisningsdager.

Carbone et al (2014) sin studie viser at å undervise epilepsipasienter i alderen 13-17 år om sykdommen og hvordan man skal mestre de negative tankene rundt dette påvirker både psykiske, emosjonelle og sosiale funksjoner på en positiv måte. Betydninger av informasjon er en av variablene som er assosiert med oppfatningen av stigma hos barn og ungdommer mellom 9-14 år som har epilepsi (Austin, Perkins og Dunn 2014). For liten informasjon rundt epilepsi og faktorer rundt det å leve med epilepsi, vil dermed kunne gi en høyere oppfatning av stigma hos pasientene.

Merianos et al (2015) sier at å undervise ungdommer, med mål om å styrke kunnskapene som trengs for å håndtere sykdommen og behandlingen sin, kan være kritisk avgjørende for personens tro på egen mestringsevne. Tidlig kunnskap hos barnet om sykdommen er assosiert med bedre psykososial tilpasning. Å ha en åpen og tydelig kommunikasjon, og undervise ungdommer på en myndiggjørende måte kan hjelpe med å etablere et godt samarbeid hvor pasienten får et større ansvar selv i å håndtere sin sykdom (Merianos et al. 2015). Å gi informasjon tilpasset barnets eller ungdommens utviklingssituasjon er med på å skape tillit og en følelse av åpenhet mellom helsepersonell og pasient. Også Funderburk, McCormick og Austin (2007) trekker fram undervisning som en type intervensjon for å skape en mer positiv holdning hos barn med aktiv anfallsstatus, som igjen kan føre til bedring av den mentale helsen. De trekker også frem pedagogiske leker som et viktig hjelpemiddel for å fremme en normalitet.

### 4.2.2 Bedre psykisk helse gjennom kognitiv atferdsterapi

Carbone et al (2014) viste at en kort gruppeintervensjon basert på kognitiv atferdsterapi (CBT), med fokus på epilepsiundervisning, stressmestring, endring av negative tankemønstre,

i tillegg til mestring og problemløsning, resulterer i bedret mental helse og sosial funksjon hos ungdommer med epilepsi. Intervensjonene kan også gjennomføres gruppevis på nett. Jones et al. (2014) sin studie viser at CBT kan redusere symptomer på sosial angst hos barn med epilepsi, og bedre et dårlig selvkonsept og sosiale ferdigheter. CBT-intervensjonen kan bestå av psykoedukasjon om komponentene i CBT og angst, samt hvordan identifisere de fysiske symptomene på angst, muskelavslapping, angsttanker og mestringstanker, problemløsning, selvevaluasjon og selvbelønning, eksponering og ferdighetsoppgaver tilpasset spesifikke frykter (Jones et al. 2014). Funderburk, McCormick og Austin (2007) trekker fram gruppebaserte intervensjoner, med eksempelvis fokus på mestringsferdigheter og stresshåndtering, som forslag til tiltak for å endre negative holdninger og oppfatninger til det å ha epilepsi som barn. En slik gruppebasert intervensjon kan være CBT.

#### **4.2.3 Behovet for støtte**

Støtte og informasjon er variabler som er knyttet til frykt og bekymringer, mestringstro til anfallshåndtering, og oppfatningen av stigma hos barn med epilepsi (Austin, Perkins og Dunn 2014). Behovet for støtte kan være relatert til spørsmål rundt fremtidsmuligheter, å få snakke med andre barn med epilepsi, å få hjelp til å snakke med andre på skolen om epilepsi, å få snakke om frykt og bekymringer, og få snakke om følelser relatert til det å ha epilepsi. Dette kan adresseres gjennom rådgivning, lære mestringsstrategier, snakke med andre som har epilepsi, og gjennom familiestøttegrupper (Austin, Perkins og Dunn 2014).

Det er viktig å ha et godt samarbeid mellom sykehus, skole og samfunn for å gi god støtte til barn med kroniske lidelser. Dette vil bedre livskvaliteten hos barna (Merianos et al. 2015). Måter man kan gjøre dette på er å implementere familiesentrert omsorg i helsetjenesten, støttegrupper for familier og/eller pasientgrupper, og styrke helsesøstertjenesten i skolen. Her er det viktig med kommunikasjon tilpasset barnets kognitive, sosiale og emosjonelle nivå (Merianos et al. 2015). Viktige områder å fokusere på når man skal støtte ungdommer i overgangen til å bli mer selvstendig i egen behandling er å styrke etterlevelsen, mestringstro til sykdomshåndtering, og eventuelt smertehåndtering. Andre viktige tema er å bedre «locus of controll» til sykdomshåndtering, gi ungdommer forslag til mestringsstrategier for å håndtere usikkerhet knyttet til sykdomsprogresjon, og undervise ungdom rundt det å ha en positiv og problemløsende holdning til stressfaktorer rundt sykdommen (Merianos et al. 2015).



Shepherd (2014) sin studie viser at unge sykepleiestudenter står i en unik posisjon til å fremme en følelse av normalitet hos unge som er innlagt på sykehus, på grunn av likhet i alder og utviklingsnivå. Shepherd (2014) kommer med et rammeverk som skal kunne hjelpe i behandlingen av unge pasienter på en støttende måte, og foreslår tiltak som dekker fysiske, emosjonelle, kognitive og kulturelle/spirituelle behov.

## 5. Drøfting

### 5.1 Helsefremmende sykepleie gjennom informasjon og kunnskap

Helsevesenet er lovpålagt å gi informasjon som er tilpasset de forutsetningene pasienten har, og det skal gis på en hensynsfull måte (Pasient- og brukerrettighetsloven 2001). Undervisning og veiledning er oppgaver som ofte hører sykepleier til. Klarer sykepleier å gi informasjon som er tilpasset pasienten på en god måte, viser Merianos et al. (2015) sin studie at man skaper tillit og en følelse av åpenhet mellom helsepersonell og pasient. Får man skapt en åpen og tydelig kommunikasjon, blir det lettere for ungdommer å kunne ta større ansvar rundt egen sykdomshåndtering. Dersom man kan hjelpe ungdommer med å ta ansvar selv for egen sykdom gjennom god veiledning og informasjon, styrker man personens tro på egen mestringsevne (Merianos et al. 2015). Vi kommer her inn på Antonovsky (2012) og hans beskrivelse av motstandsressursenes påvirkning på opplevelsen av sammenheng (forkortet til OAS). Har man tro på egen mestringsevne, eller at man har de motstandsressursene som trengs for å håndtere de utfordringene som dukker opp i forbindelse med sykdom på best mulig måte, styrkes OAS. Klarer sykepleier å hjelpe pasienter med å fremme en sterk OAS, er det sannsynlig at man også fremmer god psykisk helse, ettersom en svak OAS er knyttet til en tilværelse som er kaotisk, uhåndterbart og meningsløs (Antonovsky 2012).

Gjennom resultatartiklene kan vi se at kunnskap og informasjon om både sykdom og psykososiale aspekter rundt epilepsi har betydning for pasientenes mentale tilstand. Barn med epilepsi fikk økt selvfølelse og mindre depressive symptomer etter de deltok på SEE-programmet (Shore, Perkins og Austin 2008). SEE-programmet tok for seg undervisning om den medisinske delen av epilepsi, som definisjoner, beskrivelse av hjerneaktiviteten under et anfall, video av forskjellige typer anfall, observeringer og klassifiseringer knyttet til anfall, årsaker, diagnostiske prosedyrer, medikamentell behandling, diskusjon om alternativ behandling, førstehjelp ved anfall, og prognoser. Andre del av programmet inkluderte temaene frykt og angst, depresjon, selvfølelse, familieproblemer, sosiale utfordringer, og forberedelse til arbeidslivet. Det kan tenkes at det var de psykososiale temaene som hadde størst innvirkning på dette i studien til Shore, Perkins og Austin (2008), i og med barna rapporterte at de ikke hadde økt kunnskaper om epilepsi etter programmet. Som forfatterne av studien påpeker kan dette forklares med at for avansert og detaljert språk ikke samsvarer med de forutsetningene barn har, i tillegg til at for lange undervisningsdager blir for tungt. Det

hadde vært interessant å se om barna fikk større resultat dersom undervisningen rundt det medisinske var mer tilpasset barnas nivå. Sammenligner man dette med resultatet til Carbone et al. (2014), som tok for seg undervisning om både sykdom og mestring av negative tanker til ungdommer mellom 13-17 år, så er ikke dette usannsynlig. Det er likevel verdt å merke seg at forutsetningene mellom barn og ungdom til å forstå informasjonen som blir gitt ikke er lik. I tillegg brukte ikke Carbone et al. (2014) SSE-programmet, men et program basert på kognitiv atferdsterapi. De viser til at epilepsipasienter i alderen 13-17 år ble positivt påvirket psykisk og emosjonelt, og fikk bedre sosiale funksjoner etter å ha deltatt på intervensjonsprogrammet. Innholdet i undervisningen blir drøftet mer når vi kommer til avsnittet om kognitiv atferdsterapi. Et slikt program kan også gjennomføres på nett med godt resultat (Carbone et al. 2014). Internett kan også brukes som en ressurs i undervisningssammenheng gjennom en informativ nettside. En nettside er lett tilgjengelig for både helsepersonell og pasienter, hvor man kan finne oppdatert kunnskap og skaffe seg innsikt i hvordan takle å leve med epilepsi (Connolly et al. 2014). Dersom en slik nettside opprettes, og holdes oppdatert på evidensbasert kunnskap, kan sykepleier introdusere denne nettsiden til sine pasienter og dermed bidra til økt kunnskap og bedre psykisk helse hos pasienten.

Austin, Perkins og Dunn (2014) sier at oppfatningen av stigma hos barn og ungdommer blir påvirket av mengden informasjon som blir gitt. Mindre informasjon gir risiko for høyere oppfatning av stigma og dårlig mestringstro relatert til anfallshåndtering. Man kan dele opplevelsen av stigma i tre grupper: internalisert stigma, mellommenneskelig stigma og institusjonelt stigma. Fokuset i studien til Austin, Perkins og Dunn (2014) var internalisert stigma, som handler om hvordan personen føler på stigmatisering. Det handler om følelser, tanker, oppfatninger og frykt for å være annerledes. Barn og ungdommer kan sitte med uriktig eller ufullstendig informasjon, som er med på å forsterke de bekymringene de sitter med. Med alderstilpasset og korrekt informasjon kan sykepleier avkrefte de mytene som de unge tror er sannhet. Dermed kan de for eksempel få svar på om det virkelig er sannsynlig at de kommer til å dø eller bli sykere med tiden (Austin, Perkins og Dunn 2014). Opplevelsen av stigma er relatert til frykten for å være annerledes, så å fremme en normalitet kan man anta vil bidra til å bedre dette. Funderburk, McCormick og Austin (2007) påpeker at pedagogiske leker kan fremme en normalitet. De påpeker også at barnas holdninger til diagnosen påvirker både opplevelsen av stigma og den mentale helsen. Gjennom tilpasset informasjon og veiledning kan sykepleier jobbe med å gi de unge en mer positiv holdning til det å ha epilepsi. Dersom de unge kan gå fra en holdning som hovedsakelig består av «epilepsi er det verste som kunne

hendt meg, og jeg kommer ikke til å klare håndtere dette» til «epilepsi er utfordrende, men jeg klarer håndtere de utfordringene som følger med», styrkes både den mentale helsen og OAS (Antonovsky 2012). Man kan også si at ved å styrke OAS, er det lettere å skape en positiv holdning (Antonovsky 2012).

Det er viktig å fokusere på forebygging og oppdagelse av psykisk uhelse hos barn og unge med epilepsi tidlig, for å unngå alvorlig psykisk lidelse og i verste fall selvmord (Caplan et al. 2005; Lossius et al. 2006). Merianos et al. (2015) sier at tidlig kunnskap hos pasientene fører til bedre psykososial tilpasning. Psykososial tilpasning handler om personens evne til å tilpasse seg de psykiske og sosiale forhold knyttet til helse og mental fungering (Svartdal 2017). Resultatene i denne studien kan tolkes slik at sykepleier kan forebygge psykisk lidelse, eller forebygge en forverring av en allerede eksisterende lidelse, ved å gi relevant og tilpasset informasjon om epilepsi, psykososiale utfordringer og hvordan best håndtere disse (Funderburk, McCormick og Austin 2007; Shore, Perkins og Austin 2008; Austin, Perkins og Dunn 2014; Carbone et al. 2014; Merianos et al. 2015).

## **5.2 Kognitiv atferdsterapi som verktøy i helsefremmende sykepleie**

Kognitiv atferdsterapi, forkortet til CBT (Cognitive behavioral therapy) har vist seg å være et godt verktøy i arbeidet med å bedre den psykiske helsen hos barn og unge med epilepsi (Carbone et al. 2014; Jones et al. 2014). Kognitiv atferdsterapi handler om problemløsning og forståelse for sammenhengen mellom tanker, handlinger og følelser (Norsk Forening for Kognitiv Terapi u.å.). Norsk Forening for Kognitiv Terapi (u.å.) sier at målet er å bryte selvforsterkende onde sirkler og gjøre pasienten i stand til å gi seg selv bekræftelse, støtte, forståelse og trøst. Dette gjøres ved å kartlegge vanskelige situasjoner, utforske og endre negative tankemønstre, finne aktiviteter som gir selvtillit og energi, øke sosial kontakt og forebygge tilbakefall. Et viktig mål er at pasienten skal være selvstendig i egen terapi, med veiledning. Her er det viktig med god allianse mellom helsepersonell og pasient (Norsk Forening for Kognitiv Terapi u.å.). For å skape en god allianse er det viktig med åpenhet og tydelig informasjon, som Merianos et al. (2015) påpeker. Dersom pasienten klarer å nå målene som CBT har, skapes det motstandsressurser som pasienten kan bruke i møtet med stressfaktorer i livet. CBT kan derfor være et viktig verktøy i å styrke pasientenes opplevelse av sammenheng. CBT kan brukes både til enkeltpersoner (Jones et al. 2014) og i en gruppeintervensjon (Carbone et al. 2014). En gruppebasert CBT-intervensjon passer også til

resultatene gitt av Funderburk, McCormick og Austin (2007), som foreslår gruppebaserte intervensjoner med fokus på eksempelvis mestring og stresshåndtering i arbeidet med å endre negative holdninger og oppfatninger til det å ha epilepsi som barn.

Jones et al. (2014) sin CBT-intervensjon til barn med epilepsi foregikk gjennom 12 uker, og barna som deltok opplevde bedring i symptomene på sosial angst, fikk bedre selvkonsept og sosiale ferdigheter. Intervensjonen hadde temaene psykoedukasjon om komponentene i CBT og angst, identifisering av de fysiske symptomene på angst, progressiv muskelavslapping, identifisering av angsttanker og mestringstanker, problemløsning, selvevaluasjon og selvbelønning, og eksponering og ferdighetsoppgaver tilpasset spesielt for å møte spesifikke frykter. Psykoedukasjon handler om undervisning om psykiske temaer, og har som mål å øke kompetansefølelsen, redusere hjelpeløshet og bedre mestring (Malt 2016). Carbone et al. (2014) baserte intervensjonsprogrammet sitt på CBT, men hadde også med epilepsikunnskaper og tilpasset programmet til ungdommer med epilepsi. De hadde også en mye kortere intervensjon enn Jones et al. (2014), med et program på 6 timer enten samlet på en dag eller nettbasert over 6 uker. De tok for seg fakta om epilepsi, gjenkjennelse av følelser og hvordan håndtere de, lytting til tankene, tankefeller, mestring og problemløsning, og øvelser på kommunikasjon (Carbone et al. 2014). Gruppeprogrammet ga bedre mental helse og sosial funksjon for ungdommene, ikke ulikt Jones et al. (2014), og både intervensjonen med personlig oppmøte og den som foregikk på nett hadde positivt resultat. At gruppebaserte intervensjoner kan ha en positiv effekt på den mentale helsen støttes også av Funderburk, McCormick og Austin (2007). Sykepleier kan bidra med å holde intervensjoner som enten er rene CBT-intervensjoner eller som også tar for seg epilepsikunnskaper i arbeidet med å fremme god psykisk helse hos barn og unge med epilepsi. Sykepleier kan tilegne seg kunnskap om CBT ved å delta på kurs om kognitiv terapi som holdes av Norsk Forening for Kognitiv Terapi (Norsk Forening for Kognitiv Terapi u.å.). Sykepleier kan også bruke elementer fra CBT i sitt møte med epilepsipasienter, ved å eksempelvis snakke med pasienten om mestring av stress, problemløsning og hvordan snu negative tankemønstre. Her er det viktig å holde det på et nivå som barn og ungdom kan forstå og relatere seg til, uten å holde tilbake relevant informasjon.

### 5.3 Støttende sykepleie til barn og unge med epilepsi

Austin, Perkins og Dunn (2014) viser at barn og ungdommer med epilepsi har høyere oppfatning av stigma dersom de ikke føler de får nok informasjon og støtte. De påpeker at barn og ungdom har behov for å kunne snakke om fremtidsmuligheter, snakke med andre barn som har epilepsi, få hjelp til å snakke om epilepsi på skolen, i tillegg til å snakke om frykt, bekymringer og følelser relatert til det å ha epilepsi. Sykepleier kan bidra med å dekke dette behovet gjennom rådgivning, lære bort mestringsstrategier, hjelpe med å etablere kontakt med andre som har epilepsi, og bidra gjennom familiestøttegrupper (Austin, Perkins og Dunn 2014). Sykepleier har taushetsplikt, så hun/han kan ikke gi ut navn på andre personer med epilepsi til andre pasienter for å spleise sammen de som er i samme situasjon uten samtykke (Helsepersonelloven 2001), men hun/han kan gi kontaktinformasjonen til for eksempel epilepsiforbundets lokallag.

Støttegrupper er også nevnt hos Merianos et al. (2015) som en strategi for å øke livskvaliteten til ungdommer med kroniske lidelser. De påpeker at det er viktig med et godt samarbeid mellom skolevesenet, helsevesenet og lokalsamfunnet i dette arbeidet, og trekker også frem familiesentrert omsorg og styrking av helsesøstertjenesten i skolen som viktige, støttende strategier som krever godt samarbeid mellom partene. De sier at gjennom familiesentrert omsorg får pasientene og familiene en mer aktiv rolle i behandlingen, og gir en bedre kommunikasjon mellom partene i tillegg til bedre beslutningstaking. I det støttende arbeidet er det her også viktig å bruke kommunikasjon som er tilpasset det kognitive, sosiale og emosjonelle nivået til pasientene (Merianos et al. 2015). Når sykepleier skal støtte ungdommer på en god måte i overgangen fra å ha lite ansvar over egen behandling som barn, til å bli mer selvstendig, sier Merianos et al. (2015) at det er viktig å fokusere på styrking av etterlevelsen, mestringstroen til sykdomshåndtering, og eventuelt smertehåndtering. Etterlevelse handler om hvorvidt legemidler tas som foreskrevet (Hov et al. 2012). Andre viktige tema i arbeidet med å yte støttende og passende omsorg til ungdommer med kronisk lidelse er å bedre «locus of controll» til sykdomshåndtering, gi de forslag til mestringsstrategier for å håndtere usikkerhet knyttet til sykdomsprogresjon, og undervise de i hvordan ha en positiv og problemløsende holdning til stressfaktorer rundt sykdommen (Merianos et al. 2015). «Locus of controll» går ut på om man legger årsaken til ting som skjer på indre eller ytre faktorer, altså om man legger årsaken på personlige eller miljømessige faktorer (Svartdal 2013). Eklund og Sivberg (2003) påpeker at ungdommer med epilepsi føler det er viktig å ha en følelse av kontroll for å regulere angstsymptomer, hvor

medisinhandling, forholdsregler, sykdomskunnskaper og positiv holdning er viktige elementer. Dette samsvarer med hva Merianos et al. (2015) mener er viktige elementer i arbeidet med bedring av livskvalitet til ungdommer med kronisk lidelse. Når Merianos et al. (2015) snakker om mestringsstrategier og problemløsende holdninger til stressfaktorer kan vi knytte det opp mot CBT, som tar for seg problemløsning og strategier for å mestre stress (Norsk Forening for Kognitiv Terapi u.å.). Det kan derfor tenkes at CBT er et godt verktøy når man ønsker å utøve støttende sykepleie til barn og unge med epilepsi. Ved å støtte barn og ungdom i å finne gode mestringsstrategier og problemløsende holdninger til stressfaktorer, kan sykepleier bidra med å fremme en sterk opplevelse av sammenheng, og dermed fremmes også god psykisk helse (Antonovsky 2012).

Ungdommer med kroniske lidelser ønsker å oppnå en følelse av normalitet i livet (Taylor et al. 2008, som sitert i Shepherd 2014). Shepherd (2014) sier at unge sykepleierstudenter har en unik mulighet til å fremme en følelse av normalitet til unge som er innlagt på sykehus, på grunn av alder og likheter i verdensoppfatning. Hun sier at for unge innlagte pasienter kan fokuset fort bli ensidig tilhørende sykdom og bedring, mens ved å fremme en følelse av normalitet kan de finne mer tilbake til hverdagslivet. Hun har gjennom sin studie kommet fram til et omsorgsrammeverk som skal kunne hjelpe sykepleiestudenter og sykepleiere i å kunne møte unge pasienter på en støttende måte:

- Fysiske behov
  - Promotere et positivt kroppsbilde
  - Redusere eksponeringen av ubehagelige symptomer til et minimum
  - Ha et så høyt nivå av komfort som mulig
  - Promotere seksualitet
  - Sikre privatlivet
- Emosjonelle behov
  - Tillate pasientene å være seg selv
  - Trø varsomt rundt følelsene deres
  - Identitet som seg selv, ikke som sykdommen
  - Distraksjon – en lettelse å ikke kun fokusere på å bli bedre
  - Ikke anta at de ønsker å diskutere sykdommen sin
  - Legge til rette for interaksjoner med andre unge mennesker, som for eksempel sykepleiestudenter
- Kognitive behov

- Sikre konfidensialitet
- Få informert samtykke
- La de være involvert i diskusjoner som omhandler dem
- Deres kunnskap om egen sykdom har verdi
- Tro på dem
- Gi mentale stimuli
- Engasjere dem i kommunikasjon som passer til unge mennesker
- Kulturelle/spirituelle behov
  - Beholde ungdomskulturen
  - Respektere etniske verdier
  - Anerkjenne spirituelle behov
  - Anerkjenne og promotere behov for identitetsutvikling
  - Respektere deres valg
 (Shepherd 2014)

Rammeverket til Shepherd (2014) har noen sammenlignbare temaer til de fire områdene Antonovsky (2012) mener må investeres i for å ikke tape ressurser og mening: indre følelser, nære mellommenneskelige relasjoner, primære rolleaktiviteter og eksistensielle temaer (Antonovsky 2012). Det kan derfor tenkes at dette rammeverket kan bidra med å styrke motstandsressurser og følelse av mening hos ungdommer med epilepsi, og dermed også opplevelsen av sammenheng. Det kan være en emosjonell påkjenning for unge å være innlagt på sykehus, særlig over tid. Sykepleieveiledere bør legge til rette for unge sykepleiestudenter i å kommunisere med unge pasienter på en terapeutisk måte. Omsorgen til pasientene bør promotere en følelse av normalitet, noe elementene i rammeverket kan bidra med (Shepherd 2014). Rammeverket kan brukes av både sykepleiestudenter og sykepleiere.

#### 5.4 Forskningsetiske overveielser og kildekritikk

Slettebø (2014) sier at man skal ta hensyn til personene som deltar i forskningen, og individet skal gå fremfor hensynet til samfunns- og forskningsnyten. Deltakerne skal ikke bli utsatt for følger av forskningen, og mulige risikoer skal vurderes på forhånd. Studien skal ha informert samtykke, frivillighet og anonymisering (Slettebø 2014). Alle resultatartiklene nevner at de er etisk godkjent av ulike etikkomiteer, bortsett fra Austin, Perkins og Dunn (2014) og Merianos et al. (2015). De er likevel publisert i fagfelleverderte tidsskrifter. Jeg har heller ikke funnet



noe ved metodene som virker uetiske, så jeg har valgt å inkludere de i resultatene. Merianos et al. (2015) er også en litteraturstudie, og utøver ikke et forskningsprosjekt som krever samtykke fra deltakere. Artikkene i studien til Merianos et al. (2015) er fagfellevurderte. Alle resultatartiklene i denne oppgaven kommer fra fagfellevurderte tidsskrifter som har nivå 1 (NSD 2017). Gjennom artikkelsøket fant jeg en litteraturstudie om psykososiale intervensjoner til barn og unge med epilepsi som nevner tre av resultatene i denne oppgaven. Her blir Carbone et al. (2014) og Shore, Perkins og Austin (2008) vurdert til «akseptabel kvalitet», og Jones et al. (2014) vurdert til «høy kvalitet», noe som styrker kredibiliteten til disse artiklene (Corrigan, Broome og Dorris 2016).

Alle resultatartiklene er publisert på engelsk. Selv om ordbok er brukt i oversettelsesarbeidet, kan det ha oppstått mistolkninger og misforståelser i forbindelse med artiklens innhold.

## 6. Konklusjon

Problemstillingen ved denne studien var *Hvordan kan sykepleier fremme god psykisk helse hos barn og ungdom med epilepsi?*

Det er viktig å sørge for at god informasjon om sykdommen og psykososiale aspekter blir gitt på en hensynsfull måte, som er tilpasset barnets og ungdommens forutsetninger. Dette bedrer den psykiske helsen og forebygger psykiske lidelser ved å bedre mestringsevnen, øker selvfølelsen, minsker depressive symptomer, bedrer sosial funksjon og psykososial tilpasning, og gir mindre oppfatning av stigma hos pasientene.

Kognitiv atferdsterapi har vist seg å være et godt verktøy i arbeidet med å fremme god psykisk helse, og man kan med fordel kombinere det med informasjon om det medisinske ved epilepsi. Internett kan brukes som en ressurs i arbeidet med å bedre kunnskapsnivået til pasientene eller i arbeidet med kognitiv atferdsterapi, og kognitiv terapi kan utføres både individuelt og gruppevis. Sykepleier kan bidra med å holde slike terapitimer eller bruke elementer fra kognitiv terapi i møtet med pasienter. Resultatene antyder at dette øker selvstendigheten, styrker opplevelsen av sammenheng, bedrer selvkonsept og sosiale ferdigheter, gir mindre sosial angst og bedrer den mentale helsen.

Sykepleier kan bidra med å støtte pasientene i å finne mestringsstrategier og veilede i å skaffe en problemløsende holdning til det å ha epilepsi. Sykepleier kan også gi god støtte gjennom støttegrupper, og bedre samarbeidet mellom skolevesen, helsevesen og lokalsamfunnet.

Å fremme en normalitetsfølelse er med på å fremme god psykisk helse. Dette kan gjøres gjennom pedagogiske leker til barn. I møtet med ungdommer kan sykepleier fremme normalitet ved å bruke omsorgsrammeverket til Shepherd (2014), som fokuserer på fysiske, emosjonelle, kognitive og kulturelle/spirituelle behov.

## 7. Litteraturliste

- Aaberg, K. M. (2015) *Epilepsi - faktaark*. Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=103957> (Hentet: 03.02.2017).
- Alfstad, K. Å., Clench-Aas, J., Van Roy, B., Mowinckel, P., Gjerstad, L. og Lossius, M. I. (2011) 'Psychiatric symptoms in Norwegian children with epilepsy aged 8-13 years: effects of age and gender?', *Epilepsia*, 52(7), s. 1231.
- Antonovsky, A. (2012) *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Austin, J. K., Perkins, S. M. og Dunn, D. W. (2014) 'A model for internalized stigma in children and adolescents with epilepsy', *Epilepsy & Behavior*, 10.1016/j.yebeh.2014.04.020.
- Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* 3. utg. Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.
- Baki, O., Erdogan, A., Kantarci, O., Akisik, G., Kayaalp, L. og Yalcinkaya, C. (2004) 'Anxiety and depression in children with epilepsy and their mothers', *Epilepsy and Behavior*, 5(6), s. 958-964.
- Caplan, R., Siddarth, P., Gurbani, S., Hanson, R., Sankar, R. og Shields, W. D. (2005) 'Depression and Anxiety Disorders in Pediatric Epilepsy', *Epilepsia*, 46(5), s. 720-730.
- Carbone, L., Plegue, M., Barnes, A. og Shellhaas, R. (2014) 'Improving the mental health of adolescents with epilepsy through a group cognitive behavioral therapy program', *Epilepsy & Behavior*, 39 s. 130-134.
- Connolly, A. M., Slade, R., Uppal, P. og Bye, A. M. E. (2014) 'Caring for children and adolescents with epilepsy: Creating an innovative electronic educational resource', *Journal of Clinical Neuroscience*, 21(10), s. 1831-1832.
- Corrigan, F. M., Broome, H. og Dorris, L. (2016) 'A systematic review of psychosocial interventions for children and young people with epilepsy', *Epilepsy & Behavior*, 56 s. 99-112.
- Dunn, D. W., Austin, J. K. og Perkins, S. M. (2009) 'Prevalence of Psychopathology in Childhood Epilepsy: Categorical and Dimensional Measures', *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51(5), s. 364-372.
- Eklund, P. G. og Sivberg, B. (2003) 'Adolescents' lived experience of epilepsy', *The Journal of neuroscience nursing : journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 35(1), s. 40-49.
- Ettinger, A. B., Weisbrot, D. M., Nolan, E. E., Gadow, K. D., Vitale, S. A., Andriola, M. R., Lenn, N. J., Novak, G. P. og Hermann, B. P. (1998) 'Symptoms of Depression and Anxiety in Pediatric Epilepsy Patients', *Epilepsia*, 39(6), s. 595-599.
- Funderburk, J. A., McCormick, B. P. og Austin, J. K. (2007) 'Does attitude toward epilepsy mediate the relationship between perceived stigma and mental health outcomes in children with epilepsy?', *Epilepsy and Behavior*, 11(1), s. 71-76.
- Gauffin, H., Landtblom, A.-M. og Rätty, L. (2010) 'Self-esteem and sense of coherence in young people with uncomplicated epilepsy: A 5-year follow-up', *Epilepsy and Behavior*, 17(4), s. 520-524.
- Hanssen-Bauer, K., Heyerdahl, S. og Eriksson, A.-S. (2007) 'Mental health problems in children and adolescents referred to a national epilepsy center', *Epilepsy and Behavior*, 10(2), s. 255-262.
- Hatlen, E. (2013) *Min epilepsi og frykten*. Epilepsy Awareness, 2017, 21.11.2017.
- Helsepersonelloven (2001) *Lov om helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 19.11.2017).
- Hov, I., Bjartnes, M., Slørdal, L. og Spigset, O. (2012) 'Tas legemidler som foreskrevet?', *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Jones, J. E., Blocher, J. B., Jackson, D. C., Sung, C. og Fujikawa, M. (2014) 'Social anxiety and self-concept in children with epilepsy: A pilot intervention study', *Seizure: European Journal of Epilepsy*, 23(9), s. 780-785.

- Lossius, M. I., Clench-Aas, J., Roy, B. v., Mowinckel, P. og Gjerstad, L. (2006) 'Psychiatric symptoms in adolescents with epilepsy in junior high school in Norway: A population survey', *Epilepsy & Behavior*, 9(2), s. 286-292.
- Malt, U. (2016) *Psykoedukativ Behandling*. Store medisinske leksikon. Tilgjengelig fra [https://sml.snl.no/psykoedukativ\\_behandling](https://sml.snl.no/psykoedukativ_behandling) (Hentet: 17.11.2017).
- Merianos, A., Vidourek, R., King, K. og Nabors, L. (2015) 'Hospital, School, and Community-Based Strategies to Enhance the Quality of Life of Youth with Chronic Illnesses', *The Official Journal of the International Society for Quality-of-Life Studies*, 10(2), s. 329-342.
- Mykletun, A. og Knudsen, A. K. (2009) 'Del 1: Psykiske lidelser blant voksne i Norge', i *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Norsk epilepsiforbund (u.å.) *Hva er epilepsi?* Tilgjengelig fra <http://epilepsi.no/medisinsk-/hva-er-epilepsi/> (Hentet: 03.02.2017).
- Norsk Forening for Kognitiv Terapi (u.å.) *Kognitiv terapi*. Tilgjengelig fra <https://www.kognitiv.no/kognitiv-terapi/> (Hentet: 17.11.2017).
- NSD (2017) *Publiseringskanaler*. Norsk senter for forskningsdata. Tilgjengelig fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet: 21.11.2017).
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 17.11.2017).
- Persenius, M., Rystedt, I., Wilde-Larsson, B. og Bååth, C. (2015) 'Quality of life and sense of coherence in young people and adults with uncomplicated epilepsy: A longitudinal study', *Epilepsy & Behavior*, 47 s. 127-131.
- Shamsaei, F., Cheraghi, F., Zamani, G. og Shamsaei, F. (2016) 'Comparing Mental Health of School-Age Children with and without Epilepsy', *Iranian Journal of Child Neurology*, 10(3), s. 35-41.
- Shepherd, J. M. (2014) 'Younger children's nursing students are uniquely placed to provide emotional care for young people in hospital and promote for them a sense of normalcy', *Nurse Education Today*, 34(6), s. 1034-1039.
- Shore, C. P., Perkins, S. M. og Austin, J. K. (2008) 'The Seizures and Epilepsy Education (SEE) Program for families of children with epilepsy: A preliminary study', *Epilepsy and Behavior*, 12(1), s. 157-164.
- Slettebø, Å. (2014) 'Forskningsetikk', i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 209-222.
- SSB (2016) *Befolkningsframskrivinger, 2016-2100*. Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar> (Hentet: 31.10.2017).
- Svartdal, F. (2013) *Locus Of Control*. Store norske leksikon. Tilgjengelig fra [https://snl.no/locus\\_of\\_control](https://snl.no/locus_of_control) (Hentet: 20.11.2017).
- Svartdal, F. (2017) *Psykososial*. Store norske leksikon. Tilgjengelig fra <https://snl.no/psykososial> (Hentet: 18.11.2017).
- Syvertsen, M., Koht, J. og Nakken, K. O. (2015) 'Forekomst av epilepsi i de nordiske landene', *Den norske legeforening*, 18 s. 1641-1645.
- Tegethoff, M., Belardi, A., Stalujanis, E. og Meinschmidt, G. (2015) 'Association Between Mental Disorders and Physical Diseases in Adolescents From a Nationally Representative Cohort', *Psychosomatic Medicine*, 77(3), s. 319-332.
- Thidemann, I.-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforl.
- Vega, C., Guo, J., Killory, B., Danielson, N., Vestal, M., Berman, R., Martin, L., Gonzalez, J. L., Blumenfeld, H. og Spann, M. N. (2011) 'Symptoms of anxiety and depression in childhood absence epilepsy', *Epilepsia*, 52(8), s. e70-e74.