

Ida Sofie Holmen
Tuva Petersen

Hvordan bør sykepleiere møte pasienter med hypokondri?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Merete Furnes
Juni 2020

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

Ida Sofie Holmen
Tuva Petersen

Hvordan bør sykepleiere møte pasienter med hypokondri?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Merete Furnes
Juni 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan bør sykepleiere møte pasienter med hypokondri?	Dato: 02.06.20
Forfattere:	Ida Sofie Holmen Tuva Petersen	
Veileder:	Merete Furnes	
Nøkkelord:	Hypokondri, helseangst, sykepleie, pasient	
Antall sider/ord: 39/10694	Antall vedlegg: 1	
Bakgrunn:	<p>Hypokondri (helseangst) er en sykdom der pasienten frykter en udiagnostisert sykdom. Selv etter flere legebesøk, gir ikke denne angsten seg. Hypokondri står som en egen diagnose i ICD-10, men blir også misbrukt i humoristisk sammenheng. Lidelsen kan føre til redusert livskvalitet for pasienter, og er forbundet med mange unødvendige besøk i helsetjenesten.</p>	
Hensikt:	<p>Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke hvordan sykepleiere kan møte pasienter med hypokondri. Vi ønsker å øke kunnskapen rundt diagnosen, og hjelpe pasientene til å takle helseangsten deres bedre. Sykdommen er ressurskrevende, men ved økt kunnskap vil det kanskje redusere besøkene til helsetjenesten noe.</p>	
Metode:	<p>Vi har gjort en litteraturstudie basert på fem vitenskapelige artikler og annen relevant faglitteratur. Våre artikler ble hentet fra Cinahl complete, PsycINFO og Medline. I søket etter artikler ble relevante søkeord benyttet.</p>	
Resultat:	<p>Studiene kom frem til ulike risikofaktorer som kunne gi økt helseangst, viktigheten av å skape gode relasjoner og metoder for å bedre hypokondrien. Kognitiv terapi og mindfulness-basert kognitiv terapi er noen av de interessante funnene.</p>	
Konklusjon:	<p>Ved å ha kunnskap om risikofaktorer kan sykepleieren i møte med pasienten veilede og gi informasjon som kan bedre, skape trygghet og ikke forverre helseangsten. Det er viktig å møte pasienten med respekt og skape gode relasjoner. Sykepleiere kan anvende kognitiv terapi og mindfulness for å hjelpe pasienten til å få bedre velvære.</p>	

ABSTRACT

Title:	How should nurses meet patients with hypochondria?	Date: 02.06.20
Authors:	Ida Sofie Holmen Tuva Petersen	
Supervisor:	Merete Furnes	
Keywords:	Hypochondria, health anxiety, nursing, patient	
Number of pages/words: 39/10694	Number of appendices: 1	
Background:	<p>Hypochondriasis (health anxiety) is a disease where the patient fears an undiagnosed disease. Even after several visits to the doctor, the anxiety will not subside. Hypochondria is a diagnosis in ICD-10 but is also abused in a humorous context. The disease is associated with reduced quality of life for patients, and with many unnecessary visits to the health care system.</p>	
Purpose:	<p>The purpose of this literature study is to research how nurses should meet patients with hypochondriasis. We want to increase knowledge around the diagnosis and help the patients cope better with their health anxiety. The disease is resource-intensive, but increased knowledge can reduce the visits to the health care system.</p>	
Method:	<p>We have done a literature study based on five scientific articles and other relevant literature. Our articles were obtained from Cinahl, PsycINFO, and Medline. Relevant keywords were used in the search for articles.</p>	
Result:	<p>The studies revealed various risk factors that could increase health anxiety, the importance of creating good relationships and methods to improve hypochondria. Cognitive therapy and mindfulness-based cognitive therapy are some of the interesting findings.</p>	
Conclusion:	<p>With knowledge of risk factors, the nurse can guide and provide information to the patient that can improve and not aggravate the health anxiety. It is important to treat the patient with respect and create good relationships. Nurses can utilize cognitive therapy and mindfulness to help the patient achieve better quality of life.</p>	

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.	5
1.1 Sykepleiefaglig relevans.	6
2. Bakgrunn.	8
2.1 Hva er sykdom?.	8
2.2 Livskvalitet og velvære.	8
2.3 Hypokondri.	9
2.3.1 Cyberkondri.	10
2.4 Menneskets grunnleggende behov.	11
2.5 Sykepleierens møte med pasienten.	11
2.5.1 Kognitiv terapi.	12
2.5.2 Mindfulness.	13
2.6 Hensikt og problemstilling.	13
3. Metode.	14
3.1 Litteraturstudie som metode.	14
3.2 PICO-skjema.	15
3.3 Søkestrategi.	15
3.3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.	16
3.3.2 Søkeord og kombinasjoner.	17
3.4 Kvantitativ og kvalitativ metode.	18
3.4.1 Kvantitativ metode.	18
3.4.2 Kvalitativ metode.	19
3.5 Kildekritikk.	19
3.6 Utvalg og analyse.	20
4. Resultat.	22
4.1 Resultatpresentasjon.	22
4.2 Sammenfatning av artiklenes resultat.	30
4.2.1 Livsstil og risikofaktorer.	30
4.2.2 Velvære.	30
4.2.3 Pasienters møte med helsepersonell.	31
5. Drøfting.	33
5.1 Livsstil og risikofaktorer.	33
5.2 Velvære.	35
5.3 Sykepleierens møte med pasienten.	37
5.4 Kritisk vurdering og etiske overveielser.	39
5.5 Innovasjon i fag- og tjenesteutvikling.	41

6. Konklusjon.	43
7. Litteraturliste.	44

1. Innledning

Helsen vår har stor betydning for hvordan vi har det. Både fysisk og psykisk uhelse kan gi begrensninger for livsutfoldelsen. Det kan gjøre en utmattet, skape bekymring, redusere bevegelsesfriheten og kontroll over eget liv (With, 2017). Det er flere faktorer som påvirker oss til å ta valg rundt vår livsstil. Sosiale medier og vår tilgang til informasjon på internett kan påvirke oss. Flere søker opp sine symptomer og leser om sykdom på internett (Leung *et. al.*, 2014). For noen kan overdrevent fokus på egen helse føre til en lidelse kalt hypokondri, også kalt overdreven helse- eller sykdomsangst (Folkehelseinstituttet, 2009).

I Norge er det omtrent 50.000 personer som lider av hypokondri, men det finnes trolig mørketall (Wilhelmsen, 2016). De første symptomene vises ofte i 20-30 årsalderen, og sykdommen rammer omtrent like mange kvinner som menn (Folkehelseinstituttet, 2009). Hypokondri er et begrep som vekker assosiasjoner og ulike fordommer mot de som har sykdommen. Flere pasienter velger å bruke ordet helseangst fremfor hypokondri, for at andre enklere kan forstå hva det faktisk innebærer (Folkehelseinstituttet, 2009). Det kan tenkes at pasientene opplever mindre stigmatisering hvis de bruker ordet helseangst fremfor ordet hypokondri.

”På generell bakgrunn tror jeg veldig mange mennesker ikke er klar over at det er en diagnose som heter hypokondri. Jeg tror veldig mange rett og slett tror det er et slenguttrykk”, fortalte en person med hypokondri (Folkehelseinstituttet, s. 10, 2009).

Personer med hypokondri har vedvarende opptatthet av egen helse og somatiske symptomer, og med angst for å ha en eller flere livstruende sykdommer (Kringlen, 2011). De oppsøker gjerne legen flere ganger, og lar seg ikke berolige selv når legen gjentatte ganger forsikrer dem om at ingenting er galt. Somatiske undersøkelser for å avkrefte pasientens angst har dermed ofte liten innvirkning. Likevel vil en legekonsultasjon i noen tilfeller gi en kortsiktig ro, men tiden før de igjen oppsøker legen er ofte kort (Håkonsen, 2014). Mange synes det er

slitsomt å leve med hypokondri, og forteller at frykten for å være syk gir store begrensninger for dagliglivet. Sykdommen går blant annet utover deres sosiale liv, arbeid, utdanning og familieliv (Folkehelseinstituttet, 2009).

1.1 Sykepleiefaglig relevans

Det finnes lite informasjon i pensumlitteraturen om hvordan sykepleiere skal møte pasienter med hypokondri. Som sykepleiere vil vi kunne møte på pasienter med denne diagnosen i hele helsevesenet. Gjennom praksis har vi selv møtt på mennesker med økt bekymring rundt egen helse. Det kan ha vært pasienter som har villet sjekke sine somatiske symptomer, men når det ikke var noe å utsette på dem, har pasientene fått reise hjem. Enkelte av pasientene kom tilbake, men etter flere undersøkelser får de samme beskjed om at ingenting er galt. I møte med slike pasienter har tanken om hypokondri streifet oss, og dette gjorde oss ekstra interessert innen dette feltet.

Hypokondri er en sykdom som går utover mange grunnleggende behov (Folkehelseinstituttet, 2009). Menneskets grunnleggende behov er noe man trenger for å overleve, og for å videreutvikle seg som menneske (Eriksen, 2015). For at sykepleiere skal kunne observere og utføre tiltak som kan hjelpe pasienten til å ivareta disse behovene, må sykepleieren ha gode kunnskaper i fysiologi, symptomer, diagnose og behandling (Holter, 2015). Til å møte pasientene trenger vi kunnskap om hypokondri og hvordan vi best mulig kan hjelpe dem for å bedre situasjonen deres.

Personer med helseangst opplever frykt for å få sykdom, og flere føler en avhengighet av å bli betrygget. Helse handler ikke kun om fravær av fysisk sykdom, det handler også om psykisk og sosialt velvære (Verdens helseorganisasjon, u.å). For oss sykepleiere vil det være viktig å kartlegge et helhetlig bilde av pasientenes problemer, både det fysiske, psykiske og sosiale. Det vil være viktig at disse pasientene føler de blir møtt med respekt, forståelse og trygghet.

Videre er det slik at pasienters angst for sykdom gjør at de oppsøker helsevesenet for å ta ulike undersøkelser. Dette gjør at denne pasientgruppen krever mange ressurser i helsevesenet. Kinge *et. al.* (2018) fortalte at angstlidelser kommer på sjetteplass av de ti

viktigste årsakene til helsetap i Norge, for begge kjønn i alle aldre. Mer fokus på denne pasientgruppen kan bidra til å finne tiltak som kan forbedre deres livssituasjon. Dette kan potensielt føre til økt tillit til helsetjenesten, og redusere ressursbruken fra disse pasientene.

2. Bakgrunn

2.1 Hva er sykdom?

Eriksen (2015) forklarer at sykdom brukes til å beskrive ulike sider av det å være syk eller å ha en sykdom. Begrepet sykdom deles ofte inn i tre ulike perspektiver: Sickness, illness og disease (Hofmann og Wilkinson, 2016). Kleinman (som sitert i Eriksen, 2015) beskriver disease som et naturvitenskapelig kunnskapssyn med fokus på symptomer, årsak og virkningsmekanismer. En diagnose settes slik at symptomene kan behandles. Illness går ut ifra et humanvitenskapelig kunnskapssyn, og handler om hvordan pårørende og den som er syk opplever å leve med sykdommen. Det siste perspektivet sickness er basert på et samfunnsvitenskapelig kunnskapssyn, der man ser sykdommen i sammenheng til det økonomiske, sosiale, politiske eller kulturelle (Kleinman, som sitert i Eriksen, 2015).

2.2 Livskvalitet og velvære

Klinisk erfaring tilsier at pasienter er opptatt av velvære og livskvalitet da dette gir håp mot fremtiden (Rustøen, 2010). Det vil alltid være noe sykepleier kan gjøre for å øke velvære og styrke livskvaliteten hos en pasient, uansett hvilken situasjon pasienten befinner seg i. Livskvalitet og velvære blir noen ganger brukt som synonyme, og det er ikke nødvendigvis enighet i hvordan de skal defineres. En definisjon av livskvalitet er “en persons følelse av tilfredshet eller utilfredshet med de områder i livet som er viktige for en” (Ferrans og Powers, sitert i Rustøen, 2010, s.33). Definisjonen deles videre inn i fire ulike områder: Helse og fysisk funksjon, psykisk/åndelig, sosioøkonomisk og familie. Verdens helseorganisasjon (som sitert i Grov og Lerdal, 2015, s. 833) sin definisjon av livskvalitet beskrives slik: “enkeltmenneskets opplevelse av sitt liv og sin posisjon sett i lys av sammenhengen vedkommende lever i”. Rustøen (2010) mener at målet i pleien og omsorgen vil være å sørge for at pasientene har det så godt som mulig, til tross for de begrensningene de måtte ha slik at de får best mulig livskvalitet.

Frisklivssentralen er en kommunal helsetjeneste som skal forebygge sykdom og fremme helse. De hjelper med å sette klare mål, finne passende aktiviteter og støtter pasienten i veien mot sitt mål. De kan hjelpe ved blant annet å slutte med tobakk, bli mer fysisk aktiv og få et sunnere kosthold. Noen frisklivssentraler tilbyr også hjelp for søvnproblemer, depresjonsmestring og alvorlig alkoholforbruk. De har tilbud for både barn, unge, voksne, eldre og familier (Helsenorge, 2019).

2.3 Hypokondri

Noen bekymringer rundt sin egen helse bør alle ha, da det hjelper oss til å leve fornuftig (Wilhelmsen, 2016). Det fører til at en tar bevisste valg rundt helsen når det kommer til ernæring, fysisk aktivitet og liknende. Hypokondri er overdreven bekymring for egen helse og er mer problematisk. En person med hypokondri “skanner” og sjekker kroppen for tegn og symptomer i frykt for lidelse, død eller funksjonstap. Tross symptomer på sykdom ønsker ikke alle å oppsøke lege, grunnet frykt for å få den endelige dommen (Wilhelmsen, 2016).

Videre er det slik at de som plages med hypokondri ofte har tanker om at de er alvorlig syke eller frykter for en alvorlig sykdom. De mistolker symptomer og tror at de lider av alvorlig sykdom. Tvetydige symptomer kan bli tolket på verst tenkelig måte. Det kan for eksempel være brystmerter eller hodepine, som de eksempelvis kan tro er hjertesykdom eller hjernesvulst (Folkehelseinstituttet, 2009). Overvurdering med negativt utfall er mer vanlig hos folk med hypokondri, enn de som ikke har det. De søker ofte trygghet gjennom ulike metoder, eksempelvis ved legeundersøkelser, laboratorieundersøkelser, informasjon på nett eller ved å sjekke over kroppen jevnlig (Fava og Sirri, 2014).

Ut fra ICD-10-kriteriene kjennetegnes hypokondri som vedvarende opptatthet av å finne vesentlige kjennetegn for en eller flere somatiske lidelser av alvorlig grad. Pasientene gir uttrykk for somatiske plager som er vedvarende. Vanlige og normale fornemmelser og følelser blir ofte tolket som atypiske og urovekkende av pasienten. Ofte er de konsentrert rundt en til to organsystemer eller organer. Angst og depresjon er vanlig å ha som tilleggsdiagnose til hypokondri (Sosial og helsedirektoratet, u.å).

Folkehelseinstituttet (2018) skriver at det er dobbelt så høy forekomst av depresjon og angstlidelser hos kvinner, enn hos menn. Ifølge Kringlen (2011) har omtrent 10 prosent av befolkningen angstproblemer. Studier (Berge *et. al.*, 2015; Berge *et. al.*, 2016) har vist at hypokondri har en forbindelse med økt sannsynlighet for kreft blant menn, og for hjerte- og karsykdommer blant begge kjønn. Ifølge Folkehelseinstituttet (2018) har disse pasientene et mer usunt kosthold i form av overvekt, lite fysisk aktivitet og har større forbruk av tobakk og alkohol. En usunn livsstil gjør at pasientene er mer utsatt for somatiske lidelser som for eksempel kreft og hjerte-karsykdommer (Folkehelseinstituttet, 2018).

2.3.1 Cyberkondri

Cyberkondri er et resultat av søking på internett etter medisinsk informasjon som ender opp med å gi store bekymringer rundt egen helse (Albanese *et. al.*, 2018). Det har mange av de samme kjennetegnene som hypokondri, men de to blir likevel sett på som ulike tilstander. Gjennom studiet har Albanese *et. al.* (2018) sett at cyberkondri ikke relateres til nedsatt livskvalitet, men heller en funksjonsnedsettelse. Helseangst er relatert til nedsatt livskvalitet, men ingen eller minimal funksjonsnedsettelse (Albanese *et. al.*, 2018). Da tilgjengeligheten for medisinsk informasjon på nett har økt betraktelig, er det behov for økt forståelse innenfor hypokondri (Noyes og Starcevic, 2014).

I studien til Leung *et. al.*, (2014) undersøkte de hvorfor enkelte valgte å søke opp sine symptomer på nett, og effekten av søkingen. Deltakerne fant en trøst i å lese om andre som slet med liknende symptomer. Internett-søkingen førte til en midlertidig ro, men på lang sikt viste det seg å føre til opprettholdelse av angsten. På grunn av søkingen var det også enkelte som fikk økt angst, da de oppdaget nye symptomer og sykdommer (Leung *et. al.*, 2014). Årsaken til søkingen var at de ikke ble stigmatisert slik de følte de ble hos legen, i tillegg var informasjonen på internett lett tilgjengelig. Likevel så ikke deltakerne på dette som en erstatning for legebesøk. Søkingen ble sett på som en metode for å legitimere symptomene før en eventuell legetime ble bestilt. Etter legetimen søkte deltakerne for å supplere med informasjon rundt det legen hadde sagt. Deltakerne kjente også på større empowerment når de

hadde mer kunnskap om ulike diagnoser, eller hadde lett tilgang på kunnskapen. Empowerment er en prosess som gjør personer bedre i stand til å ta kontroll over egen helse (Helsedirektoratet, u.å.).

2.4 Menneskets grunnleggende behov

Psykologen Abraham Maslow utviklet en behovspyramide for å illustrere menneskets grunnleggende behov, som består av fem behovsområder rangert som et hierarki (Eriksen, 2015). Videre beskriver Eriksen (2015) de tre nederste trinnene som fundamentale siden de omhandler fysiologiske behov, trygghetsbehov og sosiale behov. Hypokondri kan føre til mindre overskudd, engasjement og ønske om å være sosial, fordi man er så redd for å bli syk (Folkehelseinstituttet, 2009). De to øverste trinnene er selvaktelse og selvrealisering, men oppnås først etter at de tre fundamentale trinnene er oppfylt (Eriksen, 2015). Trygghetsbehovet og det sosiale behovet kan være vanskelig å oppfylle ved hypokondri. Virginia Henderson mener sykepleierens funksjon er å dekke de grunnleggende behovene som omhandler det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige hos et menneske (Mathisen, 2015). Derfor bør sykepleiere inneha kunnskaper knyttet til hypokondri for å hjelpe pasienten med å føle på trygghet, sikkerhet og beskyttelse.

2.5 Sykepleierens møte med pasienten

Hjelpebehovet er ulikt mellom individer, der noen kun har behov for informasjon, mens andre trenger terapi og veiledning (Eide og Eide, 2007). Som sykepleiere må vi lytte og lære for å hjelpe, og bidra til å øke pasientens empowerment. Vi kjenner ikke til pasientens følelser og tanker. Eide og Eide (2007) beskriver at en positiv holdning er viktig og er basert på interesse, utforskning og åpenhet. Vi bør unngå å gi råd dersom personen ikke vil ha det, da dette kan oppleves som en “pekefinger”. Sykepleiere er vant med å stille spørsmål, få svar og gi råd til pasientene sine. Det bør likevel i enkelte tilfeller utføres med forsiktighet, når det er snakk om livsstil eller dersom det er noe pasienten bør få bestemme selv. Det er en forutsetning at pasienten selv er motivert og åpen for endring (Ivarsson, 2017).

En god samtale bygger på mange elementer, men en god start vil være å presentere seg selv, si litt om seg selv som sykepleier og skape en trygg relasjon. Eide og Eide (2007) mener at god og hjelpende kommunikasjon består i å skape en åpen situasjon, speile følelser, være lyttende og empatisk. Hvis man har møtt hverandre før, kan sykepleieren gi en rask oppsummering fra forrige gang. Sykepleieren bør stille åpne spørsmål slik at man får mer utfyllende svar, der pasienten får mer tid til å reflektere før svaret avgis. Lukkede spørsmål gir korte svar som for eksempel “ja” og “nei”, og gir ikke nødvendigvis den informasjonen man trenger (Eide og Eide, 2007). Åpne spørsmål viser mer interesse fra sykepleierens side, og gir bedre rammer for refleksjon og diskusjon. For å skape tillit er det avgjørende at sykepleieren viser interesse for det pasienten forteller (Ivarsson, 2017).

Eide og Eide (2007) skiller mellom reformulering og å speile følelser. Å reformulere gjøres for å gjengi det som er blitt sagt med andre ord, uten at meningen blir forandret. Det viser at man lytter, forsikrer seg om at innholdet er forstått, og man kan korrigere eventuelle misforståelser. Ved reformulering konsentrerer man seg om det pasienten sier, ikke hva vedkommende føler. Sykepleieren kan for eksempel si “Hvis jeg forstår deg riktig..” eller “Jeg får inntrykk av...”, heller enn “Det virker som om du føler..” (Eide og Eide, 2007, s.227).

Å speile følelser innebærer å gjengi pasientens følelser, ved å anerkjenne at man ser hva pasienten føler. Pasienten er ikke alltid bevisst over sine egne følelser. Speiling av følelser kan hjelpe pasienten til å gjenkjenne og akseptere sine egne følelser, noe som kan bidra til bearbeidelse av disse. For pasientene kan speilingen føles bekreftende og styrkende, og gir mot og tillit til å snakke om dem. Dermed kan speiling bidra til klargjøring av situasjonen og til større nærhet i relasjonen mellom pasient og helsepersonell (Eide og Eide, 2007).

2.5.1 Kognitiv terapi

Kognitiv terapi er en kjent behandlingsform innen ulike psykiske diagnoser, også innen hypokondri (Wilhelmsen, 2016). Eide og Eide (2007) forklarer at kognitiv atferdsterapi er samtaleterapi der man jobber med kroppen, følelsene, tankene og samspillet mellom disse. Det innebærer også våre omgivelser og hva vi tenker om oss selv. Pasienten setter opp mål

med behandlingen, og videre arbeides det mot å nå disse målene gjennom veiledning, analyser, endringsorientering og behandling. Terapien skal øke kunnskapen om hvordan kroppen jobber sammen for å lettere forstå atferd, følelser, fysiske- og kognitive symptomer. Ved å øke kunnskapen rundt dette er det enklere å endre måten man tenker og reagerer på, og vende om negative tanker til mer positive (Eide og Eide, 2007).

2.5.2 Mindfulness

Ifølge Haugsgjerd, Skårderud og Stänicke (2010, s.165) beskriver de at “Mindfulness dreier seg om å være til stede og oppmerksom på de sansninger, følelser og tanker som dukker opp”. Mindfulness kan hjelpe pasienter til å opprettholde motivasjon og unngå stressende situasjoner. Mye av det som vedlikeholder angst hos pasienten er negative tanker og bekymringer (Demarinis og Lien, 2017). Mindfulness har ulike teknikker som kan bidra til å redusere bekymringer og destruktive tanker. Yoga og meditasjon er eksempler på teknikker innenfor mindfulness som kan redusere spenninger i kroppen, puls og blodtrykk (Demarinis og Lien, 2017; Haugsgjerd, Skårderud og Stänicke, 2010). Kurs i mindfulness gis ofte av private eller som tillegg til andre tjenester, men helsepersonell og frisklivssentraler kan også bruke dette. Mindfulness er et økonomisk gunstig tiltak som kun krever matter, enkle lokaler, en instruktør og det kan også gjennomføres utendørs (DeMarinis og Lien, 2017).

2.6 Hensikt og problemstilling

I oppgaven vår ønsker vi å finne ut hvordan vi som sykepleiere best mulig kan møte og hjelpe pasienter med hypokondri. Da trenger vi økt kunnskap om sykdommen og hvordan pasientene opplever å bli møtt av helsepersonell. Basert på dette er vår problemstilling:

Hvordan bør sykepleiere møte pasienter med hypokondri?

3. Metode

I dette kapitlet forklarer vi hva en litteraturstudie innebærer. Vår fremgangsmåte for strukturert søk og artikkelutvelgelse blir beskrevet.

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap (Aubert, 1985, s.196). Metoden forteller noe om hvordan man skal gå frem for å tilegne, eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2012). Ifølge Jørgensen, Rienecker og Skov (2013) skal metoden være så presist formulert at andre kan gjenta undersøkelsen som er blitt gjennomført, og deretter komme frem til samme resultat.

3.1 Litteraturstudie som metode

Denne studien er en litteraturstudie. Målet med litteraturstudien er å samle inn og systematisere kunnskap basert på forskning og andre skriftlige kilder. Systematiseringen går ut på å samle inn teori og forskning i form av litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt oppsummere det hele (Thidemann, 2019). Hensikten er å gi en oppdatert og god forståelse av kunnskapen som problemstillingen etterspør. Oppdatert kunnskap om hypokondri vil kunne gi sykepleiere økt kompetanse innen feltet. Ifølge yrkesetiske retningslinjer er det et krav om at sykepleiere skal holde seg faglig oppdatert (Norsk sykepleieforbund, 2011).

Gjennom vår litteraturstudie vil vi overholde akademiske normer for kildehenvisning (Thidemann, 2019). Vi vil påse at kildehenvisningen blir riktig, slik at vi ikke tar eierskap på informasjon som er funnet eller skrevet av andre.

3.2 PICO-skjema

Vi valgte PICO skjema for å tydeliggjøre hvilke søkeord vi brukte. Vi brukte ikke C (“Comparison”) i skjemaet som går på å sammenlikne ulike tiltak, da vi ikke så det så hensiktsmessig å sammenlikne behandlingsmetoder. Grunnen til dette er at vi ser på hypokondri som et felt der det enda ikke er gjennomført nok forskning til at det er anerkjente standarder for hvordan behandling skal gjennomføres.

P (“Population/patient/ problem”)	I (“Intervention”)	C (“Comparison”)	O (“Outcome”)
Pasienter i alle aldre med hypokondri/helseangst.	Informasjon om hvordan sykepleiere kan møte denne pasientgruppen.		Tiltak og kunnskap som gjør at sykepleiere i større grad kan hjelpe pasientgruppen. Kunnskap om hypokondri som kan øke sykepleieres kunnskap.
<ul style="list-style-type: none"> - Hypochondrias is - Hypochondria - Health anxiety 	<ul style="list-style-type: none"> - Treatment - Therapy - Attitudes - Conversation - View - Perspective - Nursing care 		<ul style="list-style-type: none"> - Treatment outcome - Improvement - Patient improvement - Treatment effectiveness - Quality of life

3.3 Søkestrategi

Vi brukte følgende databaser: Cinahl, PsycINFO og Medline. Vi brukte engelske databaser for å få et bredere søk av relevante vitenskapelige artikler. Cinahl benyttet vi oss av, da den

retter seg spesifikt mot sykepleie. Ved å bruke PsycINFO kunne vi få gode artikler som har fokus på psykologi og psykiatri. Medline går generelt på medisin og helsevitenskap, og ville også kunne gi oss gode funn.

Da vi fant artikler som passet vårt tema leste vi artikkelen på engelsk. Der vi slet med å forstå deler av artikkelen, oversatte vi det til norsk. Dette var nødvendig ved for eksempel avansert fagspråk. Artiklene vi fant leste vi gjennom flere ganger slik at vi skulle forstå innholdet så godt som mulig. Vi satte av god tid på å lese artiklenes innhold, og på den måten minsket vi faren for å feiltolke artiklene.

I hovedsak så vi etter artikler som var fagfelleurdert, for å sikre at artiklene var av god kvalitet og kom fra pålitelige kilder. Under søkeprosessen brukte vi forskjellige søkeord med ulike kombinasjoner. Gjennom leting etter artikler fant vi også forskning vi anså som interessant, men som ikke svarte så godt på problemstillingen vår. For å få et bedre oversiktsbilde av hypokondri og relaterte temaer innenfor sykepleie, valgte vi å lese noen av disse selv om ikke alle var like relevante. Noen av disse artiklene ble benyttet som henvisning i bakgrunn, der de ga oss interessant informasjon om vår generelle forståelse av hypokondri.

3.3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I forkant av søkingen valgte vi ut noen inklusjons- og eksklusjonskriterier. Ved å definere kriterier tydeliggjør dette litteratursøket og avgrensner mengden litteratur. I tillegg stiller man seg mer kritisk til innholdet i de vitenskapelige artiklene (Thidemann, 2019). Det gjør søkingen mer hensiktsmessig i forhold til hva vi ønsker å få av kunnskap.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
“Peer Reviewed” - Fagfelleurdert	Ikke fagfelleurdert
Følger IMRaD- struktur	Artikler uten IMRaD-struktur
Engelsk eller skandinavisk	Ikke engelsk eller skandinavisk
Sykepleiefokus	Ikke vitenskapelig
Hypokondri som tema	

3.3.2 Søkeord og kombinasjoner

Søkeord	Database	Avgrensning	Kombinasjoner	Antall treff	Inkludert artikkel
1.Hypochondriasis 2.Hypochondria 3.Health anxiety 4.Health personnel 5.Treatment	PsycINFO	-	(1 OR 2 OR 3) AND 4 AND 5	25 Abstracter lest: 4 Artikler lest: 1	Hypochondriasis: The Patient's Perspective
1.Hypochondriasis 2.Hypochondria 3.Health anxiety 4.Outcomes 5.Risk factors	CINAHL	2010-2020	(1 OR 2 OR 3) AND 4 AND 5	7 Abstracter lest: 3 Artikler lest: 2	A loneliness model of hypochondriasis among older adults: The mediating role of intolerance of uncertainty and anxious
1.Hypochondriasis 2.Hypochondria 3.Health anxiety 4.Experience 5.Attitude	CINAHL	2010-2020	(1 OR 2 OR 3) AND 4 AND 5	5 Abstracter lest: 2 Artikler lest: 1	Adolescents` hypochondriacal fears and beliefs: Relationship with demographic features, psychological distress, well-being and health-related behavior
1.Hypochondriasis 2.Hypochondria 3.Treatment 4.Therapeutics 5.Treatment outcome 6.Quality of life	Medline	2010-2020	(1 OR 2) AND (3 OR 4 OR 5) AND 6	5 Abstracter lest: 3 Artikler lest: 2	Clinical and cost-effectiveness of cognitive behavior therapy for health anxiety in medical patients: a multicentre randomised controlled trial

1.Hypochondriasis 2.Qualitative	CINAHL	2010-2020	1 AND 2	5 Abstracter lest: 2 Artikler lest: 2	Mindfulness-based cognitive therapy for severe health anxiety (hypochondriasis): An interpretative phenomenological analysis of patients experience
------------------------------------	--------	-----------	---------	---	--

3.4 Kvantitativ og kvalitativ metode

I vår oppgave har vi benyttet oss av både kvantitative og kvalitative artikler. Kvantitative data gir god informasjon på spesifikke områder der statistikk og større mengder data er nødvendig. På den andre siden vil kvalitative data kunne gi en dypere innsikt i pasientenes egne erfaringer og opplevelser (Thidemann, 2019). Begge typer data kan gi oss hensiktsmessig informasjon i forhold til vår problemstilling innenfor ulike felt.

3.4.1 Kvantitativ metode

Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter (Dalland, 2012). Metoden går mer i bredden, det vil si at man får et lite antall opplysninger fra mange undersøkelser (Thidemann, 2019). Det er mulig å få nøyaktig statistikk, og det formidles ofte i form av tabeller. Videre beskriver Thidemann (2019, s.76) at kvantitative datainnsamlingsmetoder brukes når man vil ha svar på spørsmål som for eksempel “hvor mye?”, “hvor ofte?” eller “er x mer effektivt enn y?”. Slike data brukes eksempelvis når man ønsker objektive data for å få representative oversikter, fordelinger eller årsak-virknings-forhold. Dette brukes videre til å foreta sammenligninger og finne tydelige mønstre for å generalisere kunnskapen (Thidemann, 2019).

3.4.2 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode handler mer om individets mening og opplevelse, og er data som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2012). Hensikten er å få kunnskap om menneskers meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Thidemann, 2019). I

motsetning til kvantitativ metode, går kvalitativ metode mer i dybden og gir informasjon om flere opplysninger, men fra færre undersøkelsesenheter. Kvalitative datasamlingsmetoder benytter ofte spørsmål som “hva betyr..?”, “hvordan oppleves..?” og “hvordan foregår..?” (Thidemann, 2019, s.76).

3.5 Kildekritikk

Dalland (2012) beskriver kildekritikk som de metodene som benyttes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr at man kritisk skal vurdere de kildene som brukes, og det finnes to måter å gjøre det på. Den første handler om å finne relevant litteratur som best belyser problemstillingen, såkalt kildesøking. Den andre går ut på å gjøre rede for den litteraturen en har valgt å benytte seg av i oppgaven (Dalland, 2012).

Det har vært noe utfordrende å finne informasjon om hypokondri spesielt rettet mot sykepleie. Temaet er lite forsket på og det står lite om det i pensumlitteraturen. Likevel brukte vi pensumlitteratur der det stod noe om hypokondri, og supplerte med informasjon skrevet av Ingvard Wilhelmsen, spesialist innenfor hypokondri. Vi brukte også annen litteratur vi anså som relevant. Vi benyttet kun artikler fra fagfelleverderte tidsskrifter, det vil si at artiklene har blitt vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet (Dalland, 2012). Vi så på forfatterens bakgrunn og autoritet i forhold til emnet for å sikre troverdighet og kvalitet av kildene (Dalland, 2012). Videre inkluderte vi noen sitater i form av pasientuttalelser hentet fra et informasjonshefte gitt ut av Folkehelseinstituttet (2009), da vi syntes dette ga et bedre innsyn i pasientopplevelsen.

Grunnet situasjonen rundt Covid-19-pandemien har det vært noen begrensninger til universitetets fysiske bibliotek, men det resulterte i at flere digitale kilder ble tilgjengelig. Det er alltid ønskelig å benytte primærkilder, i motsetning til sekundærkilder (Dalland, 2012). Ved funn av relevant stoff som har vært sekundærkilder, har vi forsøkt å finne frem til primærkilden gjennom NTNU sitt universitetsbibliotek eller Nasjonalbiblioteket. Noe litteratur var ikke tilgjengelig som primærkilde, derfor har vi i enkelte tilfeller måtte anvende sekundærkilder.

For å kvalitetssikre artiklene anbefalte Aveyard (2019) å bruke CASP-modellen (Critical Appraisal Skills Programme). Vi søkte “CASP-verktøy” på Google, og fant et dokument gjennom Helsebiblioteket som ga oss tilgang på ulike sjekklister for å vurdere kvaliteten på artiklene (Folkehelseinstituttet, 2011). Deretter gikk vi grundig gjennom artiklene for å finne en riktig sjekklister for hver artikkel (se vedlegg 1). Vi kvalitetssikret artiklene for å finne ut om forskningen vi leste var til å stole på (Nortvedt, som sitert i Thidemann, 2019).

3.6 Utvalg og analyse

Aveyard (2019) har lagd en fremgangsmåte på hvordan man utfører analyse av valgte artikler. Å analysere går ut på å identifisere funnene i artiklene som man har valgt, og deretter sammenfatte hovedtemaene. Artiklene må vurderes ut fra kvalitet for å kunne vite hvor mye hver av de bør vektlegges.

Etter å ha søkt med ulike kombinasjoner ga det oss færre og mer spesifiserte treff. I utvelgelsen startet vi først med å lese alle titlene, og dersom tittelen var interessant leste vi abstrakt. Hvis abstrakt virket relevant for vår problemstilling, og artikkelen hadde IMRaD-struktur leste vi hele artikkelen. Da vi hadde lest artiklene, diskuterte vi sammen om hvilke vi syntes var mest relevante for vår problemstilling. I denne prosessen så vi på inklusjons- og eksklusjonskriteriene vi satte opp tidligere. Slik fant vi frem til våre fem artikler.

Da vi skulle analysere kopierte vi artiklene inn i Google Docs, og leste gjennom flere ganger for å identifisere tema og kvalitetssikre dem. Vi søkte opp vanskelige ord i artiklene gjennom nettsiden Dict (Lingea, u.å.). I arbeidet med å identifisere temaer fra resultatene brukte vi markeringstusj-verktøy i Google Docs. Vi lagde litteraturmatriser for å strukturere og få oversikt over hovedinnholdet fra hver av de inkluderte artiklene. Etter hvert som vi leste gjennom resultatene så vi flere temaer som var gjennomgående i flere artikler. Deretter lagde vi en tabell for å sette inn temaer som kom til syne, og i hvilken artikkel det enkelte temaet

kom fra (Aveyard, 2019). Vi delte funnene inn i tre temaer: Livsstil og risikofaktorer, velvære, og pasienters møte med helsepersonell.

Vi brukte en tabell fra Aveyard (2019, s.143) for å identifisere om artiklene hadde innhold med samme tema:

Temaets tittel... Forfattere...	Livsstil og risikofaktorer	Velvære	Pasienters møte med helsepersonell
Archuleta, Barnett og Moore (2019)	x		x
Garotti et. al. (2015)	x	x	
Happel et. al. (2000)	x		x
Barrett et. al. (2014)		x	x
McManus et. al. (2011)		x	x

4. Resultat

I dette kapittelet presenterer vi resultatene fra våre vitenskapelige artikler, uten å foreta vurderinger eller tolkninger (Thidemann, 2019).

4.1 Resultatpresentasjon

For å gi en god oversikt over våre artikler har vi benyttet oss av en litteraturmatrikse fra Aveyard (2019, s.136).

Tittel på artikkel	«A loneliness model of hypochondriasis among older adults: The mediating role of intolerance of uncertainty and anxious symptoms», s. 86-90.
Forfatter(e)	Archuleta, W.P., Barnett, M.D., Moore, J.M.
Publiseringsår	2019
Tidsskrift	Archives of Gerontology and Geriatrics
Land	USA
Hensikten med studien	Undersøke sammenhengen mellom ensomhet og hypokondri blant eldre voksne.
Metode	Intervjuundersøkelse
Type studie	Kvantitativ
Utvalg/populasjon	280 eldre voksne ble rekruttert fra pensjonist-fellesskap, eldresenter og samfunnssenter. De var fra 65 til 95 år. Litt over halvparten var kvinner.
Hovedfunn/resultater	Studien viste til en statistisk signifikant relasjon mellom ensomhet og hypokondri. Videre når de la inn faktorer som usikkerhet og angstsymptomer, så viste det seg at disse hadde enda større relasjon med hypokondri. Studien utpeker i resultatene at ensomhet sannsynlig hadde en indirekte effekt på hypokondri. Dette var fordi at ensomhet påvirket usikkerheten og angstsymptomene, og disse igjen påvirket, eller hadde en sammenheng med hypokondri. Helsepersonell bør

	fokusere mer på sosiale faktorer hos pasienten.
Kvalitetsvurdering	<p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultatene er ikke nødvendigvis tilpasset alle eldre • De eldre som var med i undersøkelsen kan ha bestått i et mindre ensomt utvalg. De ble rekruttert fra pensjonssamfunn, og disse møtes regelmessig og kan bo i nærheten av hverandre, samt har regelmessig møter og sosiale aktiviteter <p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relativt variert og kjønnsnøytral deltakelse • Undersøker hvordan det sosiale liv kan ha påvirkning
Redegjort for etiske overveielser	<ul style="list-style-type: none"> • Studien ble godkjent av universitetskomiteen for beskyttelse av menneskelig fag. • Informert samtykke ble innhentet av alle deltakerne. • Deltakerne er anonymisert
Relevans til problemstilling	Artikkelen belyser hvordan faktorer, i dette tilfellet, ensomhet, kan ha en mulig sammenheng med hypokondri. Det kan gi nyttig informasjon for at sykepleieren i møte med pasienten har mer fokus på sosiale forhold.

Tittel på artikkel	«Adolescents' hypochondriacal fears and beliefs: Relationship with demographic features, psychological distress, well-being and health-related behavior», s.259-264.
Forfatter(e)	Garotti, M.G.R., Grandi, S., Sirri, L. Tossani, E.
Publiseringsår	2015
Tidsskrift	Journal of Psychosomatic Research
Land	Italia
Hensikten med studien	Studien undersøkte hvordan unge sin bekymring knyttet til helse er og til ulike faktorer som for eksempel velvære, demografiske trekk, helse relatert atferd, psykologiske problemer og livssyn.

Metode Type studie Utvalg/populasjon	Spørreskjema Kvantitativ 943 ungdommer i alderen 14-19 år.
Hovedfunn/resultater	<p>Forholdet til ungdommer sin frykt for å bli syk, og livssyn knyttet til: Demografiske trekk, psykologisk nød, velvære, og helserelatert livsstil.</p> <p>Helseangst-relaterte bekymringer var høyere hos kvinner enn hos menn. Det ble funnet forskjell på bekymringer knyttet til alder, der jenter på 16-17 år bekymret seg mer enn jenter på 14-15 år. Deltakerne med lavere psykologisk velvære hadde mer bekymring for helsen sin.</p> <p>145 deltakere følte på redusert velvære. Hypokondriske holdninger ble assosiert med psykologiske lidelser.</p> <p>145 deltakere hadde helseangst-symptomer assosiert med mer usunn livsstil (røyking, rusmidler, inaktivitet og dårlig søvnhygiene). Overdreven frykt for sykdom kan gi mer usunn atferd.</p>
Kvalitetsvurdering	Svakheter: <ul style="list-style-type: none"> ● Studien evaluerte ikke tilstedeværelsen av psykiske lidelser ● Bruk av rusmidler blant ungdommene kunne være undervurdert i studien da flere kan ha en tendens til å skjule engasjement i usunn livsstil Styrker: <ul style="list-style-type: none"> ● Over halvparten av deltakerne er menn (53,4 prosent) ● Studien undersøker risikofaktorer for å utvikle hypokondri
Redegjort for etiske overveielser	<ul style="list-style-type: none"> ● Deltakerne leverte inn skriftlig samtykke. ● Forskningen ble godkjent av University of Bologna ● Spørreskjema ble administrert av trente forskere. ● Deltakerne er anonymisert

Relevans til problemstilling	Artikkelen viser ulike risikofaktorer som kan øke helseangsten. Det er sentralt å vite noe om risikofaktorer i møte med pasienten. Studien viser at symptomer på helseangst kan starte tidlig i livet, og dette viser viktigheten av at de får hjelp for dette i en tidlig alder for å unngå så store samfunnsutgifter, og gi den en bedre livskvalitet.
-------------------------------------	--

Tittel på artikkel	“Hypochondriasis: The Patient's Perspective”, s. 329-342.
Forfatter(e)	Happel, R. L., Noyes, R., Persing, J. S., Stuart, S. P.
Publiseringsår	2000
Tidsskrift	Psychiatry in medicine
Land	USA
Hensikten med studien	Undersøke hvordan pasienter med hypokondri ser på legene og medisinsk behandling; Legenes omsorgsevne, effektivitet i kommunikasjon og legens bekymring overfor hver enkelt pasient.
Metode	Spørreskjema og semistrukturert intervju
Type studie	Kvalitativ
Utvalg/populasjon	Pasienter fra allmenn-medisinsk klinikk ble inkludert. Dersom de hadde alvorlige sykdommer ble de ekskludert.

Hovedfunn/resultater	<p>Pasientene med hypokondri oppfattet det som at legene hadde lite kunnskap og virket likegyldig (uhøflige) overfor problemene de hadde. Flere følte seg direkte avvist av legene. Noen følte på dårlig kommunikasjon med legene, og mente legene ikke tok seg god nok tid.</p> <p>Flere av pasientene så på seg selv som sårbare, og følte at legen ikke bekymret seg. Vanskelig å etablere et godt forhold til legene, som resulterte i at flere lette etter nye leger og da følte pasientene seg mindre håpefulle.</p> <p>Både de med og uten hypokondri rapporterte noen positive aspekter ved den medisinske behandlingen, men det var flere negative kommentarer blant de med hypokondri enn de uten hypokondri. Relativt få av deltakerne så at problemene de opplevde stammet fra seg selv.</p>
Kvalitetsvurdering	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Deltakerne var i oppriktig nød, og var ikke ute etter å ta legene på noen måte. <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Har ikke sjekket mer rundt situasjonen til de ulike deltakerne. ● Var få deltakere med i starten ● Lege-pasient forhold (ikke direkte sykepleier).
Redegjort for etiske overveielser	<p>Deltakerne ga samtykke til å delta i studien. Deltakerne er anonymisert</p>
Relevans til problemstilling	<p>Studien viser viktigheten av at helsepersonell, inkludert sykepleiere, møter pasientene på en respektfull måte, hvor pasientene blir hørt og ikke dømt. Dette vil gi pasientene med hypokondri et mindre ubehagelig møte med helsepersonell og dette igjen kan opparbeide viktig tillit til oss som sykepleiere.</p>

Tittel på artikkel	«Clinical and cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients: a multicentre randomised controlled trial», s. 219-225.
Forfatter(e)	Barrett, B., Byford, S., Cooper, S., Crawford, M., Dupont, S., Finnis, S., Green, J., McLaren, E., Murphy, D., Petkova, H., Reid, S., Salkovskis, P., Smith, G., Tyrer, H., Tyrer, P., Wang, H., Warwich, H.
Publiseringsår	2014
Tidsskrift	The Lancet
Land	Storbritannia
Hensikten med studien	Undersøke kognitiv terapi til pasienter med hypokondri opp mot behandlingseffektivitet og kostnadseffektivitet. Opp trent helsepersonell (ikke psykologer), gir kognitiv terapi til pasienter med helseangst. De vurderte: Helseangst, generalisert angst, depresjon, sosial funksjon, livskvalitet og kostnader over 2 år.
Metode	Spørreskjema og intervju.
Type studie	Kvantitativ
Utvalg/populasjon	Pasientene skulle ha overdreven helseangst, være mellom 16-75 år, ha bopel som tilhører sykehuset, ha gode engelskkunnskaper. De som ble inkludert ga skriftlig samtykke til opptak av intervju og behandlingstimer, samt ga tilgang til deres medisinske poster. Pasienter med andre alvorlige lidelser med ekskludert.
Hovedfunn/resultater	Det ble vist en forbedring hos pasientene som varte i 2 år, etter kun 5-10 behandlingssøkter. Ansatt, blant annet sykepleiere, opplært til å gi kognitiv terapi kan lindre betydelig urovekkende helseangst og generelt angst på en mer kostnadseffektiv måte.
Kvalitetsvurdering	Styrker: <ul style="list-style-type: none"> ● Inkluderte sykepleiere i studien. ● Det var en kontrollgruppe i studien.

	<p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Noen av pasientene hadde kroniske eller tilbakevendende medisinske lidelser de måtte få behandling for, og det gir en svakhet med tanke på mulige feil i kostnadseffekter ved behandlingen av helseangst. • Mange som var kvalifisert for studien nektet å delta. Personene som var med var kanskje ikke representative for befolkningen.
Redegjort for etiske overveielser	<p>Studien ble godkjent av en etisk komite før datainnsamlingen ble utført.</p> <p>Anonymitet er ivaretatt. Deltakerne fikk informasjon om studien, og ga skriftlig informert samtykke.</p>
Relevans til problemstilling	<p>Artikkelen viser at sykepleiere med opplæring i kognitiv terapi kan gi en kostnadseffektiv behandling som er varig i minst 2 år. Kognitiv terapi gjorde at pasientene opplevde økt livskvalitet. Det kan være hensiktsmessig å vite noe om behandling, selv om vi ikke er behandlere. Men det kan gi pasienten håp ved at vi har tips om tiltak som kan hjelpe dem.</p>

Tittel på artikkel	<p>“Mindfulness-based cognitive therapy for severe health anxiety (hypochondriasis): An interpretative phenomenological analysis of patients’ experiences” s. 379 - 397.</p>
Forfatter(e)	McManus, F., Muse, K., Williams, J.M.G., Williams, M. J.
Publiseringsår	2011
Tidsskrift	British journal of clinical psychology
Land	Storbritannia
Hensikten med studien	<p>Se effekten av Mindfulness-basert kognitiv terapi som en behandling for personer med alvorlig helseangst, med fokus på effektivitet og akseptabilitet.</p> <p>Behandling ble gitt 8 ganger hvorav hver behandling foregikk i 2 timer.</p>

<p>Metode</p> <p>Type studie</p> <p>Utvalg/populasjon</p>	<p>Semistrukturerte intervjuer</p> <p>Kvalitativ</p> <p>Deltakerne oppfylte kriteriene for diagnosen hypokondri (DSM-IV-TR), og var mellom 18-70 år gamle. Deltakerne som var suicidale, eller oppfylte kriterier for rusavhengighet, psykotisk lidelse eller bipolar lidelse ble ekskludert.</p>
<p>Hovedfunn/resultater</p>	<p>Mindfulness kognitiv terapi ga flere gunstige effekter. Deltakerne klarte å slappe mer av, fikk økt evne til å takle stress, forbedret søvn og humør, og fikk økt selvbilde. Effektene ga motivasjon til videre fortsettelse. Plager deltakerne hadde før, ble lettere å håndtere.</p> <p>Til og med de som ikke fortsatte, fikk et bedre liv etter å ha vært med på å utføre øvelser i en liten periode. Mindfulness kognitiv terapi kan ha større virkning for de motiverte og som var åpne for endring. Pårørende merket også endringer hos pasienten, og det er viktig da helseangst ikke bare påvirker den syke, men også de rundt. Deltakerne syntes det var fint å møte andre i samme situasjon.</p> <p>En av deltakerne følte seg utenfor, da vedkommende var den eneste gutten i behandlingsgruppen. Noen opplevde økt angst av å høre andre sine problemer. Flere deltakere opplevde at de slet med å finne tid til å øve på øvelsene i etterkant av kurset. Enkelte følte at mindfulness ble en form for livsstil etter mye øvelse. Noen opplevde ubehag i form av smerter knyttet til yogaen, noe som da resulterte i at det ikke ble gjennomført.</p>
<p>Kvalitetsvurdering</p>	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Det ble tatt lydopptak knyttet til intervjuene. ● Forfatteren som tok intervjuet visste ikke SHAI-scoren til deltakerne. <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Resultatene er vanskelige å generalisere da de undersøkte erfaringene til de ulike individene, og erfaringer er unike opplevelser. ● Flesteparten er kvinner. ● Få deltakere med, kun 9 deltakere
<p>Redegjort for etiske overveielser</p>	<p>Deltakerne ble anonymisert.</p> <p>Etisk godkjenning for studien ble gjort gjennom den lokale National Health Service (NHS) Research Ethics Committee.</p>

Relevans til problemstilling	Artikkelen presenterer virkning av en behandlingsform som sykepleiere kan bruke i møte med pasienter med hypokondri.
-------------------------------------	--

4.2 Sammenfatning av artiklenes resultat

På bakgrunn av vår analyse har vi funnet tre hovedelementer som er med på å svare på vår problemstilling: Livsstil og risikofaktorer, velvære og pasienters møte med helsepersonell. Vi har samlet artiklenes hovedfunn og sammenlignet de.

4.2.1 Livsstil og risikofaktorer

Resultatet fra flere studier viser at ulike faktorer ved livsstilen har en tendens til å lettere bidra til hypokondri (Archuleta, Barnett og Moore, 2019; Garotti et.al., 2015).

Archuleta, Barnett og Moore (2019) viser i sin studie at ensomheten har indirekte effekt på hypokondri. Ensomheten gjør personer mer sårbare, og kan føre til at de blir mer usikre og gjøre at de lettere får angst.

Resultatene til Happel *et. al.*, (2000) fortalte også at personer med hypokondri så på seg selv som sårbare.

Garotti *et. al.* (2015) hevder at ungdommer med hypokondriske symptomer også hadde mer usunn livsstil. Den usunne livsstilen innebar at flere røyket, brukte rusmidler, var inaktive og hadde dårligere søvnhygiene. Videre fant de at overdreven frykt for sykdom kan ses i sammenheng med mer usunn atferd. Deres funn viste også at kvinner har mer bekymring rundt egen helse enn menn. Alder medvirket i hvor mye deltakerne bekymret seg, og jenter på 16-17 år bekymret seg mer enn yngre jenter (Garotti *et. al.*, 2015).

4.2.2 Velvære

I studien til Garotti *et. al.* (2015) hadde 145 deltakere følt på redusert velvære knyttet til sin helse.

Barret *et. al.* (2014) fant i sine resultater at kognitiv terapi var en effektiv terapiform der deltakerne opplevde økt velvære.

McManus *et. al.* (2011) hevder i sin studie at flere opplevde gunstige effekter av mindfulness-basert kognitiv terapi ved kun noen få behandlingsøkter. Enkelte av deltakerne opplevde vansker med å sette av tid til øvelsene i etterkant av kurset, og noen hadde smerter ved utførelse av øvelsene. På tross av dette hadde deltakerne fortsatt god nytte av mindfulness-kurset de fikk. Noen av deltakerne fikk mindre nytte av kurset, grunnet mer angst av å ha høre andre fortelle om sine symptomer. Videre beskrev de at deltakerne som var motiverte og mer åpne for endringer hadde større utbytte av mindfulness-basert kognitiv terapi. Deres pårørende merket også endringer blant deltakerne som ble kurset. Deltakerne som ikke fortsatte mindfulness-øvelsene etter kurset, opplevde også å få et bedre liv. Flere deltakere opplevde en økt aksept blant ting som tidligere hadde plaget dem. Deltakerne følte også på en større aksept rundt seg selv, og ble derfor også mer snille mot seg selv etter kurset. De undersøkte videre i sin studie hvordan pasientene syntes det var å få mindfulness-basert kognitiv terapi. Deltakere fikk flere gunstige effekter som endret deltakernes livsstil. De klarte å slappe mer av, taklet stress bedre, forbedret søvnen og fikk økt selvbilde. Effektene av mindfulness var så gode at det ga deltakerne økt motivasjon til videre fortsettelse. Deltakerne var sosiale og syntes det var positivt å møte andre i samme situasjon (McManus *et. al.*, 2011).

4.2.3 Pasienters møte med helsepersonell

Happel *et. al.* (2000) viser at en god relasjon mellom pasient og helsepersonell består av mange ulike elementer. Studien har undersøkt hvordan pasienter med hypokondri oppfatter legen og medisinsk behandling. Resultatene til Happel *et. al.* (2000) viser at pasientene oppfattet legene som likegyldige til deres situasjon, og at de ikke var i stand til å løse deres problem. Flere følte seg avvist, og de mente at legene hadde lite kunnskap og var lite vennlige. En person i studien følte at legen ønsket å bli fort ferdig, da det satt flere pasienter på venterommet (Happel *et. al.*, 2000). Noen følte at de hadde dårlig kommunikasjon med legene, og at legene ikke tok seg god nok tid til dem. Relativt få av deltakerne så at problemene de opplevde stammet fra seg selv. Flere av deltakerne mente det var vanskelig å

få et positivt forhold til legene. Det resulterte i at noen av deltakerne valgte å lete etter nye leger, og følte seg mindre håpefulle. Både de med og uten hypokondri rapporterte noen positive aspekter ved den medisinske behandlingen, men det var noe forskjell i de negative vurderingene. Det var flere negative kommentarer om helsepersonellet blant de med hypokondri, enn de uten hypokondri.

Studien til Archuleta, Barnett og Moore (2019) mente at helsepersonell bør gå mer i dybden hos pasientene og blant annet fokusere på sosiale faktorer hos pasienten.

Ifølge studien til Barret *et. al.* (2014) fant de ut helsepersonell opptrent til å utføre kognitiv terapi for pasientene var mer kostnadseffektivt. Etter kun 5-10 behandlinger opplevde deltakerne en varig bedring over 2 år.

5. Drøfting

Drøftingsdelen av oppgaven er der resultater og bakgrunnsteori skal knyttes sammen og gi et svar på problemstillingen (Thidemann, 2019). Videre forklarer Thidemann (2019) at en skal diskutere i teksten med kvalifiserte argumenter. Redegjørelse løfter det analytiske nivået i diskusjonen. Vi kan også komme med egne erfaringer i drøftingen (Thidemann, 2019)

5.1 Livsstil og risikofaktorer

Sykepleiere bør ha noe kunnskap om livsstil og risikofaktorer når de møter pasienter med hypokondri. Mange pasienter oppsøker legen for å avkrefte at det er noe galt med kroppen. I forhold til sykdomsperspektivet sickness vil det å oppsøke legen flere ganger være lite hensiktsmessig, siden det da blir benyttet mange unødvendige ressurser fra samfunnet. Psykiske lidelser regnes som en av de største sykdomsbyrdene i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018). I Norge lider ca. 50.000 av lidelsen hypokondri, mens 10 prosent av befolkningen lider av angst (Folkehelseinstituttet, 2018; Wilhelmsen, 2016). Dersom vi har mer fokus på livsstil og risikofaktorer vil det kanskje redusere antall personer som utvikler hypokondri. Dessuten kan det potensielt spare samfunnet for flere økonomiske utgifter. Det vil muligens være nyttig å informere pasientene om eventuelle risikofaktorer for at ikke hypokondrien skal forverres, og gi pasientene mulighet til å bli bedre. På en annen side kan det å informere denne pasientgruppen om ulike risikofaktorer kanskje øke angsten for sykdom ytterligere.

Det som er litt overraskende i studien til Garotti *et. al.* (2015) er at deltakerne med helseangst hadde en mer usunn livsstil. Dersom man er redd for å bli syk skulle man tro at pasientene var litt mer opptatt av å ha en sunn livsstil. I studiens resultat var det 145 personer med symptomer på hypokondri som røyket, brukte rusmidler, var inaktive, eller slet med dårlig søvn. I henhold til Folkehelseinstituttet (2018) har disse personene økt risiko for å få somatiske sykdommer som eksempelvis kreft og hjerte-og karsykdommer, grunnet deres livsstil. Det vil derfor være viktig at en sykepleier veileder om risikofaktorer for å forebygge

sykdom. For sykepleiere er en av oppgavene å gi informasjon og utøve en praksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Archuleta, Barnett og Moore (2019) fant en sammenheng mellom det å være ensom og det å ha hypokondri. Både ensomhet og hypokondri i seg selv kan føre til økt sårbarhet (Archuleta, Barnett og Moore, 2019; Happel *et. al.*, 2000). En sårbar person har ikke alltid tro på sine evner til å mestre en situasjon, og vedkommende mangler kontroll og trygghet (Axelsen, 2008, sitert i Håkonsen, 2014). Hypokondrien kan i seg selv også føre til ensomhet, siden flere blir mer innesluttet som følge av helseangsten (Folkehelseinstituttet, 2009). At pasientene blir mer innesluttet gjør at enkelte kan sette begrensninger for seg selv i hverdagen.

“Hvis du er redd for å være syk, så mister du engasjement og overskudd og blir veldig innadvendt. For å komme litt videre må du kommunisere med andre” (Folkehelseinstituttet, 2009, s.10).

Moksnes (2010) hevder at ensomhet er en smertefull og ubehagelig tilstand, som innebærer et savn av ønsket sosial kontakt. Det tredje trinnet på Maslow sin behovspyramide innebærer det sosiale behovet som alle mennesker bør ha oppfylt (Eriksen, 2015). På bakgrunn av den informasjonen vil det være nyttig å hjelpe pasientene til å utvide sin sosiale omkrets. Det kan tenkes at sykepleiere kan dra nytte av å kartlegge pasientenes sosiale liv. Sykepleiere kan for eksempel tipse pasientene om frisklivssentralen som vektlegger hyggelige aktiviteter og sosialt fellesskap (Helsenorge, 2019). Hobbyer kan også kanskje benyttes for å hindre ensomhet. Ved å være mer sosial kan pasienten muligens fokusere mindre på seg selv og sine kroppslige plager. *“Når du har folk rundt deg får du ikke tid til å tenke så mye på deg selv, og liksom mane frem det som er negativt”* (Folkehelseinstituttet, 2009, s.10). Mennesker er skapt for å være sosiale og trenger kjærlighet, venner og opplevelsen av å være akseptert. Mangler av disse behovene må dekkes for å oppleve velvære.

5.2 Velvære

Hypokondri kan virke som en komplisert sykdom, der det ikke nødvendigvis vil være mulig for sykepleiere å helbrede pasienten, men det er heller ikke sykepleierens oppgave. Likevel vil det alltid være noe en sykepleier kan gjøre for å bedre pasientens velvære (Rustøen, 2010). I studien til Garotti *et. al.* (2015) følte mange pasienter på redusert velvære grunnet bekymring for sin helse. En definisjon av livskvalitet kan være “en enkeltmenneskets opplevelse av sitt liv og sin posisjon sett i lys av sammenhengen vedkommende lever i” (Verdens helseorganisasjon, sitert i Grov og Lerdal, 2015, s. 833). Pasientenes subjektive forståelse av ens egen livskvalitet kan være varierende. Selv ved fysisk eller psykisk sykdom kan pasientene lære seg å leve med sykdommen, og likevel få et godt liv. En pasient med hypokondri viser ikke nødvendigvis alltid svakheter i forhold til fysiske behov, men kan trenge hjelp innenfor psykiske og sosiale behov. Fysisk sykdom kan ofte undersøkes og gi svar gjennom diverse målinger- og laboratoriesvar. Det er ikke alltid like lett å hjelpe en pasient med psykisk sykdom, fordi det kan være vanskeligere å identifisere deres behov. I praksis erfarte vi at pasienter kunne komme inn på avdelingen med både fysiske og psykiske vansker, men bare den fysiske sykdommen ble fulgt opp. Pasientens psykiske sykdom ble ikke like mye prioritert og vi undrer oss over hvorfor det ikke var like mye fokus på det. Ofte vektlegges de observerbare symptomene, samt pasientens funksjonsnivå (NOU 2014: 12). Tvert imot vil pasienten ofte vektlegge andre aspekter. Det viser seg at pasienter vurderer depresjon og angst som viktigere enn fysisk funksjon (NOU 2014:12). Mens mange pasienter klarer å tilpasse seg svikt i fysisk sykdom, kan det bli vanskeligere når det gjelder mental helse.

I studien til Happel *et. al.* (2000) mistet flere av pasientene håpet etter at legene ikke kunne hjelpe. I møte med pasientene kan sykepleiere kanskje dra nytte av å ha kunnskap om metoder for å bedre pasientenes livskvalitet. Hvis man forteller pasienten at det finnes muligheter som kan bedre helseangsten vil det kanskje føre til håp og optimisme for pasienten. Angst kan føre til at pasienter undervurderer sine ressurser, fokuserer på svakheter ved seg selv, og tolker et lite tegn på fare på verst tenkelig måte, såkalt katastrofetenkning (Håkonsen, 2014). Kognitiv atferdsterapi kan hjelpe pasienter med hypokondri til å endre om

tankemønstrene og gi økt velvære innen relativt kort tid (Barett *et. al.*, 2014). Målet med kognitiv terapi er å bryte med negative tanker og endre disse om til positive tanker (Eide og Eide, 2007). Sykepleiere kan hjelpe pasientene med å se på tanker de har som hypoteser, og heller se andre forklaringer på følelsene og tankene de har. Sykepleiere kan hjelpe pasientene med å få fokuset på positive opplevelser som kan hjelpe til å snu om tankemønsteret (Haugsgjerd, Skårderud og Stänicke, 2010). Eksempelvis kan det være en person som kommer inn med brystmerter, og som tidligere også har hatt dette uten å ha fått påvist sykdom. Da kan vi trekke frem andre sannsynlige årsaker til smertene deres som er mindre farlige. For eksempel at det kan være stølhet i brystet som følge av stress eller angst. Dette kan hjelpe pasienten med å snu om på tankemønsteret.

Mindfulness-basert kognitiv terapi skal hjelpe mot destruktive tanker og dempe bekymringer hos pasienten. Mindfulness går blant annet ut på meditasjon og yoga (DeMarinis og Lien, 2017; Haugsgjerd, Skårderud og Stänicke, 2010). Meditasjon er noe en sykepleier kan ta med seg i møte med pasienter. Meditasjon gjøres ved å sitte i en behagelig stilling man klarer å holde seg våken i, og kjenne at kroppen puster. Kjenner man kroppslige fornemmelser kan man tenke at man skal puste inn i denne fornemmelsen for å gjøre den mindre hard og vond. Studien til McManus *et. al.* (2011) fant interessante funn som blant annet viste at deltakerne som prøvde denne behandlingen fikk økt velvære. Pasienter som var mer motiverte og åpne for endring hadde større utbytte av mindfulness-basert kognitiv terapi enn deltakerne som var mindre motiverte. Deltakerne aksepterte sine plager bedre, klarte å slappe mer av, taklet stress bedre, forbedret sin søvn og fikk økt selvbilde. Et annet interessant funn var at deltakerne som ikke fortsatte med mindfulness-øvelsene, men bare var med på kurset, også følte på økt velvære. Pårørende av deltakerne i studien til McManus *et. al.* (2011) merket også bedring hos pasienten etter mindfulness-kurset. Dette er et viktig funn siden det viser seg at hypokondri ikke nødvendigvis bare går utover pasienten selv, men også deres nære venner og familie (Folkehelseinstituttet, 2009).

5.3 Sykepleierens møte med pasienten

Selv om studien til Happel *et al.* (2000) i utgangspunktet dreide seg om relasjonen mellom lege og pasient, vil det gi nyttig informasjon også til sykepleiere. Det gir verdifull informasjon om hvordan pasienter generelt opplever å bli møtt av helsepersonell. Ved å forstå mer av hvordan pasientene føler at de blir møtt, kan det hjelpe til med å endre klinisk praksis og forbedre oss i fremtidige møter med pasientene. Ifølge Happel *et al.* (2000) syntes flere pasienter det var vanskelig å få et positivt forhold til legene siden de følte seg avvist og at legene ikke tok seg nok tid. Det kan tenkes at det å få uttrykke seg kan hjelpe på å føle seg mindre avvist. Hvis sykepleier lytter aktivt, med en god holdning og interesse, øker det sannsynligheten for at pasienten føler at det som fortelles blir tatt alvorlig. Når pasienten forteller om sin sykdom, bør sykepleieren tenke at det er verdifull informasjon som kan brukes til å forstå hvordan pasienten har det. I stedet for å si “Hva er i veien med deg?”, kan man si “Hva er viktig for deg?”. Det gir mulighet til å få innsyn i pasientens perspektiv (Folkehelseinstituttet, 2019). For at pasienten skal klare å åpne seg vil det være viktig å skape en god relasjon. Heyn (2015) beskriver noen enkle huskereglere for å skape gode relasjoner til pasienter. Det er viktig å være høflig, hilse vennlig på pasienten og presentere seg selv. Dette kan virke som helt grunnleggende kunnskaper som alle sykepleiere og leger har, men det betyr mye for pasienten. Å sitte ned i lik øyehøyde som pasienten kan signalisere tid, trygghet og respekt enn om sykepleieren står og ser ned mot pasienten i samtalen (Heyn, 2015). Det kan tenkes at pasienten i møte med helsepersonell føler på avmakt (Norvoll, 2009a). Hvis sykepleieren sitter med korslagte armer kan det signalisere lite vennlighet, og gi uttrykk for en litt avvisende og bastant holdning. Norvoll (2009a) beskriver at avmakt har sammenheng med følelser og aggresjon. En avmektig stilling kan oppleves nedverdiggende og angstprovoserende.

Et overraskende funn, var at det var flere negative oppfatninger av helsepersonellet fra pasienter med hypokondri, enn deltakere uten (Happel *et al.*, 2000).

Enkelte følte at legene manglet bekymring for dem, noe som kan skyldes at pasienter og helsepersonell har ulikt syn på sykdom. Det kan tenkes at noen sykepleiere har mer fokus på de observerbare og målbare symptomene ved sykdom (Kleinman som sitert i Eriksen, 2015).

På den andre siden vil det for pasienten være naturlig å bry seg mer om hvordan sykdommen oppleves. Forskjellig syn på sykdom kan gi utfordringer når en sykepleier kanskje vil oppfatte pasienten som friskere enn pasienten selv oppfatter seg. Til tross for ulikt syn, så bør sykepleiere likevel se på sykdom gjennom alle de tre sykdomsperspektivene. Henderson påpeker viktigheten av å se pasienten som helhet, med både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov (Mathiesen, 2015). Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleiere gi helhetlig omsorg, og ta ansvar for en sykepleiepraksis som lindrer lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Ifølge Kringlen (2011) kan enkelte pasienter med hypokondri oppsøke legen flere ganger. Med bakgrunn av den informasjonen skulle man tro at de i utgangspunktet burde hatt flere positive erfaringer, enn negative. Pasientenes negative erfaringer fra møtet med helsepersonell kan komme av dårlige holdninger i helsevesenet. En av grunnene til at deltakerne i studien til Leung *et. al.* (2014) valgte å søke opp medisinsk informasjon på nett, var fordi at de ikke følte seg stigmatisert på samme måte som da de oppsøkte legen. Det kan tenkes at dårlige holdninger overfor pasienter med hypokondri kan komme av mangel på kunnskap. Det vil være viktig at sykepleiere vet at hypokondri er en diagnose i ICD-10, da noen kanskje ikke forstår alvoret rundt diagnosen. Etter vår erfaring kan hypokondri ofte bli sett ned på og tullet med. Dette kan trolig føre til opplevd stigmatisering for de som har sykdommen.

Pasientene kan oppleve å ikke få hjelpen de trenger, derfor vil det være viktig at pasienten forteller om sin subjektive forståelse og opplevelse av sin sykdom. Det vil være nødvendig å skape en god relasjon og en åpen dialog. Noen gode kommunikasjonshjelpemidler som kan gi positive effekter i samtalen med pasienter er reformulering og speiling av følelser (Eide og Eide, 2007). En sentral del av å forstå bakgrunnen for angsten til pasientene, vil handle om deres følelser og meninger. Ved å ha gode samtaler med pasientene, der en benytter seg av reformulering og speiling av følelser, kan man tilegne seg god innsikt i pasientenes helseangst. Med denne innsikten kan man potensielt hjelpe pasientene selv til å forstå sine følelser bedre, og hjelpe de til å bearbeide disse. Dette kan også gi pasienten mot og styrke til å snakke om følelsene sine (Eide og Eide, 2007), og disse kommunikasjonshjelpemidlene kan styrke trygghet og nærhet i relasjoner.

I samtale med pasienter bør sykepleiere spørre om deres sosiale liv og generell livsstil. Ettersom studiene til Archuleta, Barnett og Moore (2019) og Garotti *et. al.* (2015) viser at livsstilen kan ha en innvirkning på hypokondri. Noen av risikofaktorene var blant annet ensomhet, bruk av rusmidler og inaktivitet. Med bakgrunn av den informasjonen kan sykepleieren informere pasientene om risikofaktorene. Dersom pasienten for eksempel er aktiv, sosial og ikke bruker rusmidler kan det kanskje bevisstgjøre pasienten om at forhåndsregler er ivaretatt, og det minsker faren for alvorlige sykdommer. På den andre siden kan det å fortelle om risikofaktorer bidra til at pasientene blir mer engstelige og gjøre de mer syke.

For at sykepleieren skal styrke pasientenes empowerment bør det tilrettelegges forhold som bidrar til å øke pasientens ansvar, kontroll og uavhengighet (Norvoll, 2009b). Det innebærer blant annet at pasienten tar et personlig ansvar for endring. Kognitiv terapi og mindfulness skal hjelpe pasienten med hypokondri til å ta kontroll over eget liv (Barret *et. al.*, 2014; McManus *et. al.*, 2011). Siden sykepleiere ofte har tett kommunikasjon med pasientene kan det være naturlig at sykepleiere introduserer kognitiv terapi og mindfulness til pasientene.

5.4 Kritisk vurdering og etiske overveielser

Artiklene er engelske og det kan ha gitt risiko for feiltolkning, da engelsk er vårt sekundærspåk. Vi sørget for å lese gjennom artiklene flere ganger for å forstå innholdet, oversatte ord vi syntes var vanskelig å forstå gjennom Dict (Lingea, u.å.) og oversetter i Google Docs. Likevel har vi ikke stolt helt på oversettelsene. Vi benyttet oss av markeringstusj for å markere viktige detaljer i artiklene.

Vi har benyttet oss av både kvalitative og kvantitative studier fordi vi anså det som best for å besvare vår problemstilling. Erfaringer fra pasienter med hypokondri ga oss en dypere forståelse og derfor ble kvalitative studier viktige for oss. Vi ønsket oss også mer generell kunnskap om risikofaktorer og tiltak som sykepleiere kan benytte seg av for å hjelpe. Det resulterte i at også kvantitative studier ble inkludert.

Da vi søkte etter vitenskapelige artikler var det noe begrenset med studier som omhandlet hypokondri opp mot sykepleie. I utgangspunktet ønsket vi forskning fra 2010 eller nyere, fordi vi anså det som mest relevant. Vi så tidlig at det ble en for stor begrensning, derfor har vi blant annet inkludert en vitenskapelig artikkel fra 2000 (Happel *et. al.*). Hypokondri er en sykdom som kanskje ikke har utviklet seg så mye de siste tjue årene, men holdningene kan ha endret seg noe. Vi anså likevel artikkelen som relevant, da informasjon om pasientenes perspektiv ville være nyttig å vite noe om for vår problemstilling.

Studien til Happel *et. al.* (2000) og McManus *et. al.* (2011) har fokus på helsepersonell generelt, og nevner ikke sykepleiere spesifikt. Dette blir en svakhet siden vi skriver en oppgave om sykepleiere i møte med pasienter med hypokondri. Til tross for det synes vi artiklene er nyttige å ha med siden sykepleiere kan bruke funnene fra artiklene for å møte pasientene på en bedre måte.

Videre fant vi noen utfordringer med å se ulike sider av funnene i artiklene da vi skulle drøfte, grunnet at dem ikke har mange motstridende synspunkter.

Etiske overveielser handler om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene (Dalland, 2012). Helsinkideklarasjonen er anbefalte etiske retningslinjer for medisinsk og helsefaglig forskning (Slettebø, 2016). Det er et viktig prinsipp i Helsinkideklarasjonen om at deltakeren alltid skal gå foran hensynet til samfunns- eller forskningsnyten. Prinsippet gjelder spesielt svake grupper som blant annet pasienter, eldre og barn. Forskningsnyten skal alltid veies opp mot mulig skade, slik at pasienter ikke utsettes for skader som følge av forskningen. Slettebø (2016) skiller mellom terapeutisk og ikke terapeutisk forskning, der terapeutisk forskning tester behandling som antar å gi helsemessig gevinst for deltakerne. I vår studie har vi to artikler som er terapeutiske, der flere deltakere fikk flere fordeler av å være med. Studiene tester nytten av kognitiv terapi og mindfulness-basert kognitiv terapi for å sjekke helsegevinsten. Vi har tre ikke-terapeutiske artikler, men vi ser ikke noe skade ved deltakelse i studiene. Studiene undersøkte risikofaktorer og opplevelsen av helsepersonell sin imøtekommelse ved å stille spørsmål til deltakerne.

Etiske overveielser er viktig å overholde i alle kvalitative studier, da disse i større grad fokuserer på mening og innhold, mer enn bredde og omfang slik som i kvantitative studier

(Thidemann, 2019). Pasientene som deltok i studiene fikk informasjon om studien, gjorde det frivillig, anonymiteten ble ivaretatt og informert samtykke ble levert. I studien til Garotti *et. al.* (2015) ga både studenter og foresatte samtykke for at studenten skulle få delta i studien. Fire av studiene vi valgte ble godkjent av en etisk komite eller et universitet. En av våre artikler (Happel *et. al.*, 2000) har ikke opplyst om studien ble godkjent av en etisk komite. Vi ser på det som en svakhet, fordi en godkjenning fra en etisk komite viser at studiens etiske retningslinjer er fulgt opp og kontrollert.

5.5 Innovasjon i fag- og tjenesteutvikling

Ved senere studier bør det forskes på hvordan sykepleieres holdninger er knyttet til pasienter med hypokondri. Det bør også forskes mer på hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienter med hypokondri, da det finnes lite forskning på dette området.

Oppdatert forskning på hvordan pasienter med hypokondri oppfatter at de blir møtt er også ønskelig. Vi fant en studie fra 2000, men pasienters erfaringer kan være endret de siste 20 årene. Vi håper at sykepleiere og øvrig helsepersonell har en bedre holdning nå som gjør at pasientenes møte med helsepersonellet er bedre i dag.

Vi kan forstå at pasienter med hypokondri benytter seg av mange helseressurser, og har lavere livskvalitet. Derfor ser vi behovet for kompetanseheving og økt kunnskap med flere gode effektive tiltak. En idé kan være å ha noe fokus på hypokondri i studieplanen for sykepleiere innenfor psykiatrifaget. På den måten kan hypokondri bli sett på som en faktisk gjeldende diagnose, i stedet for et begrep som ofte misbrukes. Vi synes det bør bli mer fokus på pasienten som helhet. Hvis pasienten har psykisk sykdom i tillegg til fysisk sykdom, bør den psykiske sykdommen også bli fulgt opp. Det kan hende at det trengs bedre samhandling og samarbeid på tvers av avdelinger og institusjoner for å få gitt den helhetlige helsehjelpen.

Sykepleierstudenter og sykepleiere bør få kunnskap om hypokondri allerede gjennom studiet, gjennom jobb eller E-læringskurs. Brosjyrer med informasjon om hypokondri bør også kunne ligge tilgjengelig for pasienter slik som mye annen helseinformasjon. Tilgjengelig informasjon som dette kan muligens også føre til økt aksept av sykdommen ellers i samfunnet. Det kan gi mindre stigmatisering og øke kunnskap om hypokondri. Vår oppgave

gir en innføring knyttet til diagnosen hypokondri, og hvordan sykepleiere kan møte denne pasientgruppen. Oppgaven gir derfor mye relevant informasjon som trolig vil gjøre at pasientene kan bli møtt på en bedre måte.

6. Konklusjon

Basert på den kunnskapen vi har innhentet gjennom denne litteraturstudien, har vi nå fått bedre innsikt i problemene til pasienter med hypokondri. Med dette har vi fått nye perspektiver på hvordan vi skal møte disse pasientene. Vi har funnet ulike risikofaktorer som kan forverre hypokondrien. Vi har også sett hvordan pasienter med hypokondri oppfatter helsepersonell, og ulike tiltak til denne pasientgruppen slik at de kan få et best mulig liv.

Risikofaktorene vi fant ved hypokondri var blant annet ensomhet (Archuleta, Barnett og Moore, 2019). I tillegg så vi at usunn livsstil som røyking, inaktivitet, rusmidler og dårlig søvnhygiene ga klare sammenhenger med helseangst (Garotti *et. al.*, 2015). Dette er ting vi sykepleiere bør vite om og veilede på, slik at pasientene opplever god helse og mindre bekymringer. Vi så også at relasjonen mellom pasienter med hypokondri og helsepersonell må bygge på blant annet respekt og forståelse. Man må lytte til pasienten og ta dem på alvor (Happel *et. al.*, 2000). Kognitiv terapi viste seg å ha god effekt som sykepleiere kan benytte seg av i møte med pasienten (Barrett *et. al.*, 2014). Utførelsen av kognitiv terapi vil kunne hjelpe med å endre tankesettene til pasientene til å bli mer positive og minske bekymringene deres. Da kan de oppleve en større mestring frem til annen behandling eventuelt blir gitt. Mindfulness-basert kognitiv terapi viste å gi en bedring av hypokondri (McManus *et. al.*, 2011). Her kan også sykepleiere ta med seg tips fra mindfulness i møte med pasientene. Til tross for hypokondrien, kan mindfulness være et godt hjelpemiddel som gjør at pasientene får en litt bedre hverdag. Det kan hjelpe pasientene til å få en indre ro og gjøre de bedre i stand til å håndtere sine angstepisoder. Avslutningsvis vil vi si at vi har fått ny kunnskap om hvordan vi skal møte pasienter med hypokondri. Økt kunnskap vil forhåpentligvis gi mindre stigmatisering av pasienter med lidelsen. Det er noe begrenset forskning innenfor hypokondri, men med mer forskning innenfor feltet tror vi det vil sikre kvalitet og bedre helsen til disse pasientene i fremtiden.

7. Litteraturliste

Albanese *et. al.* (2018) Cyberchondria: Overlap with health anxiety and unique relations with impairment quality of life, and service utilization, *Psychiatry Research*, Volume 261, s. 204-211. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.002>

Archuleta, W.P., Barnett, M.D., Moore, J.M. (2019) A loneliness model of hypochondriasis among older adults: The mediating role of intolerance of uncertainty and anxious symptoms, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, volume 83, s. 86-90. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.03.027>

Aubert, V. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget. Tilgjengelig fra: https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2007071200016?page=201 (Hentet: 21.mars 2020).

Aveyard, H. (2019) *Doing a literature review in health and social care*. 4 utgave. London: Open university press.

Barrett *et. al.* (2014) Clinical and cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients: a multicentre randomised controlled trial, *The Lancet*, Volum 383, s. 219-225. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61905-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61905-4)

Berge *et. al.* (2015) The prospective association between health anxiety and cancer detection: A cohort study linking the Hordaland Health Study (HUSK) with the Norwegian Cancer Registry, *Journal of psychosomatic research*, Volume 79, s. 148-152. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.002>

Berge *et. al.* (2016) Health Anxiety and Risk of Ischaemic Heart Disease: A Prospective Cohort Study Linking the Hordaland Health Study (HUSK) With the Cardiovascular Diseases in Norway (CVDNOR) Project, *BMJ Open*, Volume 6. Doi:
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012914>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

DeMarinis, V., Lien, L. (2017) Mentale lidelser kan forebygges, Tellnes, G. (red.) *Helsefremmende samhandling - Natur og kultur som folkehelse*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 128-135.

Eide. H., Eide. T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*. 2 utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eriksen, S. (2015) Menneskets psykososiale behov, Holter, I.M., Grov, E.K. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm, s.887-907.

Fava, G. A., Sirri, L. (2014) Clinical manifestations of hypochondriasis and related conditions, i Noyes, R og Starcevic, V. (red.) *Hypochondriasis and health anxiety*. Oxford: Oxford university press, s. 8-27.

Folkehelseinstituttet (2009) *Livet med hypokondri - Erfaringer fra mennesker med diagnosen*.

Tilgjengelig fra:

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/livet-med-hypokondri.-erfaringer-fra-mennesker-med-diagnosen.pdf> (Hentet: 3.mars 2020).

Folkehelseinstituttet (2011) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra:

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/k-handbok_11_vedlegg2_sjekklistor.pdf (Hentet 4. mai 2020).

Folkehelseinstituttet (2018) *Psykiske lidelser hos voksne*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/> (Hentet 26. februar 2020).

Folkehelseinstituttet (2019) *Hva er viktig for deg? - En retningsendring*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-viktig-for-deg-en-retningsendring/> (Hentet: 14. april 2020) .

Garotti *et. al.* (2015) Ungdommens hypokondrielle frykt og tro: Forhold til demografiske trekk, psykologisk nød, velvære og helse relatert atferd, *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 79, s. 259-264. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.07.002>

Grov, E. K., Lerdal, A. V. (2015) Aktivitet, Grov, E.K., Holter, I.G. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm, s. 819-835.

Happel *et. al.* (2000) Hypochondriasis: the patient's perspective, *Psychiatry in medicine*, volume 30, s. 329-342. Doi: <https://doi.org/10.2190/KMXW-T53N-BTDW-GTGH>

Haugsgjerd, S., Skårderud, F., Stänicke, E. (2010) Samtalebaserte behandlingsformer, i Haugsgjerd, S., Skårderud, F., Stänicke, E. (red.) *Psykiatriboken Sinn - Kropp - Samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 153-198.

Helsebiblioteket (2016) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor> (Hentet 6. mai 2020).

Helsedirektoratet (u.å.) *Empowerment*. Tilgjengelig fra: <http://www.forebygging.no/ordbok/a-e/empowerment/> (Hentet 14. april 2020).

Helsenorge (2019) *Frisklivssentralen*. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunen/frisklivssentral> (Hentet: 14. mai 2020).

Heyn, L. (2015) Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått, Grov, E.K., Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm, s. 363-395.

Hofmann, B., Wilkinson, S. (2016) Mange betegnelser for sykdom, *Tidsskriftet den norske legeforening*. Doi: <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0316>

Holter, I. M. (2015) Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn, Grov, E.K., Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm, s.107-118.

Håkonsen, K.M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ivarsson, B. H. (2017) *MI. Motiverende samtaler*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jørgensen, P.S., Rienecker, L., Skov, S. (2013). *Den gode oppgaven - Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Kinge, J. M et. al. (2018) *Sykdomsbyrden i Norge i 2016. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016*. Bergen/Oslo: Folkehelseinstituttet.

Tilgjengelig fra:

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016.pdf?fbclid=IwAR0QBHZ7Yo5dR44wkYLUefmYTgF_XjRpcWZw0-xr7jqBclS_I5I24yX32w (Hentet: 11. mai 2020).

Kringlen, E. (2011) *Psykiatri*. 10. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Leung et. al. (2014) Understanding Cyberchondria: an interpretive phenomenological analysis of the purpose, methods, and impact of seeking health information online for those with health anxiety, *The Cognitive behavior therapy*, Volume 7, s. 1-13. Doi:

<https://doi.org/10.1017/S1754470X14000270>

Lingea (u.å) *Dict*. Tilgjengelig fra: <https://www.dict.com/no> (Hentet: 12. april 2020).

Mathisen, J. (2015) Hva er sykepleie?, Grov, E.K., Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm, s. 119-141.

McManus *et. al.* (2011) Mindfulness-based cognitive therapy for severe health anxiety (hypochondriasis): An interpretative phenomenological analysis of patients' experiences, *British journal of clinical psychology*, volume 50, s. 379-397. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2010.02000.x>

Moksnes, K. M. (2010) Livets siste faser, i Haugsgjerd, S., Skårderud, F., Stänicke, E. (red.), *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 446-486.

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile> (Hentet: 07.mai 2020).

Norvoll, R. (2009a) Makt og avmakt, Brodtkorb, E., Rugkåsa, M. (red.) *Mellom mennesker og samfunn: Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*, 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 67-97.

Norvoll, R. (2009b) Sosiale avvik og sosial kontroll, Brodtkorb, E., Rugkåsa, M. (red.) *Mellom mennesker og samfunn: Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*, 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 99-121.

NOU 2014:12 (2014) *Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten*. Oslo: Departementenes sikkerhet- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning.

Noyes, R. og Starcevic, V. (2014) Introduction and Key Issues, Noyes, R. og Starcevic (red.) *Hypochondriasis and Health Anxiety: A Guide for Clinicians*. Oxford: Oxford University Press. Tilgjengelig fra:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e000xww&AN=779521&site=ehost-live> (Hentet: 21.mars 2020).

Rustøen, T. (2010) Livskvalitet og velvære. Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 2*, 3. utgave. Oslo: Akribe Forlag.

Slettebø, Å. (2016) Forskningsetikk, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk. s. 241-257.

Sosial og helsedirektoratet (u.å) *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Thidemann, I. J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Verdens helseorganisasjon (u.å) *WHO Constitution*. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution?fbclid=IwAR0NQwpig2Sk1Cm0GIWX4advQbEpo-ucwnll0yEaATjdoSPtbEr11Efk264> (Hentet: 21.mai 2020).

Wilhelmsen, I. (2016) *Sjef i eget liv*. 2. utgave. Stavanger: Hertervig Forlag.

With, M. L. (2017) *Slik vi har det - Livskvalitet og levekår*. Oslo: SSB. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/helse> (Hentet: 21. mai 2020).

