

Psykologiske ettervirkninger av tilbakevendende prostatakraft

Ida Brevik og Hilde Reiersen Holm

Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet

PSYPRO4100 Hovedoppgave

Vår 2013

Forord

Vi vil først og fremst takke alle pasientene som deltok i undersøkelsen. Vårt ønske er at denne oppgaven kan være et bidrag til å utvide forståelsen av deres livssituasjon i forhold til det å leve med en kreftdiagnose, både for myndigheter, helsearbeidere og pårørende.

I løpet av det siste året tid har vi lært mye om hvordan man planlegger og gjennomfører et forskningsprosjekt, som vi anser som en verdifull erfaring å ta med seg videre. Vi ønsket selv å være hovedaktør gjennom hele prosessen, fra første idé til søknadsskriving til Regional Etisk Komité, utvelgelse av pasienter, utforming av spørreskjema, pakking av konvolutter, innsamling og analysering av data. En rekke personer har imidlertid bidratt med uvurderlige hjelp til gjennomføring av studien. Vi vil spesielt takke vår hovedveileder Trude Reinfjell, samt våre biveiledere Roger Hagen og Odin Hjemdal ved Psykologisk Institutt, NTNU, for oppmuntring, hjelp til planlegging av studien, statistikk og i selve skriveprosessen. Vi retter også en stor takk til overlege Heidi Knobel og Jo Åsmund Lund ved Kreftavdelingen, St. Olavs Hospital i Trondheim for samarbeidet. Til slutt vil vi også takke Kyrre Svarva ved NTNU for hjelp med behandling av data.

Innhold

Sammendrag.....	5
Psykologiske ettervirkninger av tilbakevendende prostatakreft	6
Prostatakreft	7
Depresjonssymptomer.....	10
Angstsymptomer	12
Traumesymptomer	15
Fatigue.....	16
Faktorer som predikerer psykologiske vansker hos kreftpasienter	18
Studiens mål og problemstillinger	23
Metode	24
Utvalg.....	24
Prosedyre.....	24
Materiale	25
Design og statistiske analyser	27
Resultater	28
Deskriptive analyser.....	28
Korrelasjonsanalyser.....	29
Regresjonsanalyser.....	30
Diskusjon	32
Oppsummering av funn.....	32
Depresjonssymptomer.....	33
Angstsymptomer	35

Traumesymptomer	36
Fatigue.....	37
Faktorer som predikerer psykologiske symptomer	38
Styrker og begrensninger	47
Kliniske implikasjoner	52
Konklusjon	53
Tabeller	78
Appendiks	81

Sammendrag

Prostatakraft er den vanligste kreftformen blant menn i Norge i dag. Til tross for at mange blir friske, opplever en del å få tilbakefall og spredning av kreften. Det finnes lite forskning på psykologiske ettervirkninger blant disse pasientene. Målet med studien var derfor å undersøke forekomsten av ulike psykologiske symptomer blant pasienter med tilbakevendende prostatakraft, samt å studere om metakognisjoner og resiliens kan predikere symptomtrykk i denne populasjonen. Utvalget besto av 74 menn med tilbakevendende prostatakraft, enten i form av biokjemisk residiv eller påvist spredning til andre organer. Pasientene fylte ut ulike spørreskjema relatert til demografiske variabler, depresjon, angst, traumer og fatigue, samt metakognisjoner og resiliens. Studien hadde et tversnittsdesign. Resultatene indikerte at undergrupper av pasientene hadde forhøyede nivå av angstsymptomer, depresjonssymptomer, traumesymptomer og fatiguesymptomer, samt at metakognisjoner og resiliens er predikerende faktorer for slike plager. Konklusjonen er at pasienter med tilbakevendende prostatakraft kan oppleve fysiske og psykologiske ettervirkninger av sin kreftsykdom. Funnene indikerer behov for rutinemessig psykologisk undersøkelse av disse pasientene. I tillegg kan klinikere kunne dra nytte av å inkludere metakognisjoner og resiliensfaktorer i forebygging og behandling av symptomer. Resultatene bidrar til ny og viktig forståelse av psykologiske ettervirkninger hos prostatakraftpasienter med tilbakefall.

Psykologiske ettervirkninger av tilbakevendende prostatakreft

Tall fra Kreftregistret i Norge viser at det i 2010 fantes 207 000 nordmenn som var i live etter å ha mottatt en eller flere kreftdiagnoser. Disse tallene innebærer en økning på over 60 000 personer sammenliknet med tilsvarende tall fra 2000 (Kreftregisteret i Norge, 2012). Befolkningen lever stadig lengre, og det skjer kontinuerlig framskritt på det medisinske feltet. Antall personer som lever med ettervirkninger av kreftsykdom forventes derfor å øke i tiden som kommer (Aziz, 2007).

Kreftsykdom og påfølgende behandling har vist seg å kunne påvirke psykisk helse og livskvalitet i en negativ retning (Aziz, 2007). Å motta en kreftdiagnose leder ofte til en følelse av usikkerhet, hjelpsløshet og tap av personlig kontroll (Davison & Degner, 1997). Alle stadier av et sykdomsforløp kan preges av tilpasningsproblemer og psykologisk stress, og i tillegg kommer også økonomiske problemer, familieproblemer og endring av relasjoner som ytterligere kompliserer livet til denne populasjonen (Williams & Dale, 2006). Tidligere studier av forekomst indikerer at 33- 45 % av kreftpasienter i ulike stadier opplever signifikante nivåer av emosjonelle vansker (Carlson & Bultz, 2003), og i en hyppig sitert studie ble det funnet at så mye som 47 % av kreftpasienter oppfyller kriterier for en psykisk lidelse (Derogatis et al., 1983). Mange av studiene som foreligger på psykologiske ettervirkninger i den generelle kreftpopulasjonen, har fokusert på den akutte sykdomsfasen (Deimling, Bowman, Sterns, Wagner & Kahana, 2006). Pasienter i senere sykdomsfaser vil ofte stå ovenfor andre utfordringer, som smerter i forbindelse med spredning og generelt dårligere prognose (De Sousa, Sonavane & Mehta, 2012). Prevalensen av emosjonelle vansker varierer imidlertid noe for ulike krefttyper (Zabora, Brintzenhofesoc, Curbow, Hooker og Piantadosi, 2001). Til nå har forskningen i hovedsak vært rettet mot ettervirkninger av brystkreft, som er den vanligste kvinnelige kreftformen (Jarrett et al., 2013; Kreftregistret i Norge, 2012). Vi mangler enda kunnskap om psykologiske symptomer hos

prostatakreftpasienter (Bloch et al., 2007). Målet med denne studien var derfor å undersøke forekomst av psykologiske symptomer og faktorer som påvirker slike symptomer blant pasienter med tilbakevendende prostatakraft.

Prostatakraft

Forekomst, diagnostisering og behandling. Prostatakraft er i dag den vanligste kreftformen blant menn i Norge. Én av åtte norske menn får nå diagnosen før de fyller 75 år (Kvåle et al., 2007). Sykdommen forekommer sjelden før 50 års alder, men øker i hyppighet med stigende alder. Tall fra Kreftregistret (2012) viser at antall prostatakrafttilfeller har fordoblet seg de siste ti årene, noe som i stor grad skyldes nye og bedre diagnostiseringsmetoder (Kvåle et al., 2007). De vanligste er klinisk undersøkelse av prostatakjertelens størrelse og blodprøve der man tester for prostataspesifikt antigen (PSA). PSA- testing ble introdusert på 90-tallet, og har ført til en del diskusjon rundt overdiagnostisering (Kvåle et al., 2007). Dette skyldes at antigenet produseres både ved godartede og ondartede prostataendringer, og kan ha naturlige svingninger i nivået. PSA-verdi brukes derfor som indikasjon for sykdomsutvikling og virkning av behandling, og ikke alene for å stille sikker diagnose. Andre aktuelle undersøkelser er vevsprøver, MR, skjelettscintigrafi, transrektal ultralyd og lymfeadenektomi ¹ (Kreftforeningen, 2013).

Utviklingen av prostatakraft kan grovt sett deles inn i tre stadier. I første stadium er sykdommen lokal, det vil si i eller rundt selve prostatakjertelen. Neste stadium er når svulsten har spredt seg til regionale lymfeknuter, og tredje stadium er når kreften har spredt seg til andre steder i kroppen, som for eksempel til skjelettet (Edge & Compton, 2010). Vanlig rapporterte symptomer på prostatakraft er svak urinstråle, blod i urinen, vansker med tømning av blære, hyppig vannlating, og smerter i rygg og skjelett. Spredning kan skje via

¹ Testing av lymfevev i bekkenet

blod og lymfebaner, og det er ofte spredningen som gir de første symptomene på kreftsykdom (Kreftforeningen, 2013).

Valg av behandlingsform avhenger av kreftcellenes aggressivitet, eventuell spredning eller tilleggssykdommer, alder og allmenntilstand hos pasienten. Disse faktorene vil også avgjøre om behandlingen vil være av kurativ eller lindrende art. Aktiv overvåkning er et alternativ til behandling ved langsomt voksende svulst, og da følges eventuelle tegn til utvikling opp ved jevnlig PSA-testing. Kirurgi og strålebehandling velges når kreften er lokalisert innenfor prostatakjertelen, og kan ha en kurativ effekt. Hormonbehandling gis fordi kreftceller fra prostata trenger testosteron for å kunne utvikle seg. Slik behandling kan både lindre smerte og hindre videre utvikling av kreften. Cellegift har vist seg å kunne bremse utvikling av kreften for en periode, og kan også gis i sammenheng med strålebehandling for en livsforlengende effekt. I tillegg til tradisjonell og veldokumentert behandling finnes også en rekke utprøvende behandlingsformer (Kreftforeningen, 2013).

Fysiske og psykologiske ettervirkninger. Til tross for den relativt store utbredelsen av prostatakraft, dør kun én av 60 av sykdommen (Kvåle et al., 2007). Dette skyldes delvis at denne typen kreftsvulster ofte vokser langsomt (Kunkel, Bakker, Myers, Oyesanmi & Gomella, 2000), samt effektiviteten i dagens testing og behandling (Bloch et al., 2007). De ulike behandlingsmetodene har riktignok ettervirkninger som kan ha stor betydning for pasientens hverdag (Admiraal, Reyners & Hoekstra-Weebers, 2012; Bloch et al., 2007; Hawkins & Stevens, 1996). Studier av generelle kreftpopulasjoner (det vil si studier som omhandler flere typer kreft) rapporterer om svekkelse i kognitiv funksjon, endokrin funksjon, samt smerte- og fatigue-/utmattelsesproblematikk (Aziz, 2007; Baker, Denniston, Smith & West, 2005; Fosså, Dahl & Loge, 2003). De mest vanlige symptomene etter behandling av prostatakraft er fatigue, hudirritasjoner, nedsatt urinveis-, tarm- og seksuallfunksjon (Kreftforeningen, 2013; Langston, Armes, Levy, Tidey, Ream, 2013).

Det meste av forskningen som foreligger tar for seg nettopp fysiske bivirkninger av sykdom og behandling, mens de psykologiske ettervirkningene og hvordan pasientene mestrer livet med prostatakreft har fått mindre fokus (Bloch et al., 2007). Generelt karakteriseres prostatakreftpasienter på tidlig sykdomsstadium av et relativt uproblematisk klinisk forløp (Rabow & Lee, 2012; Resnick & Penson, 2012), og disse har vist seg å ha et generelt lavere nivå av psykologiske vansker enn pasienter med framskreden sykdom (Bisson et al., 2002; Kornblith, Herr, Ofman, Scher & Holland, 1994). Tilbakefall av prostatakreft etter tidligere behandling kan skape større psykologiske utfordringer enn umiddelbart etter førstegangsdiagnose, gjennom gjentatte stressende hendelser (Kunkel et al., 2000). Studier på andre krefttyper har vist at pasienter med tilbakevendende kreft kan oppleve større grad av psykologiske vansker enn pasienter uten tilbakefall (Cella, Mahon & Donovan, 1990; Jenkins, May & Hughes, 1991). Ullrich, Carson, Lutgendorf og Williams (2003) fant at pasienter med tilbakefall som hadde urinveisplager var mer engstelig og deprimerte enn pasientene uten tilbakefall. En gjennomgang av litteraturen viser at pasientene med tilbakefall generelt opplever samme type følelser som ved førstegangsdiagnose, som frykt, sorg, ukontrollerbarhet, sjokk og en uvirkelighetsfølelse (De Sousa et al., 2012). De kan i tillegg oppleve skuffelse, følelse av svik, sinne rettet mot seg selv eller behandlere for tidligere behandlingsavgjørelser (Couper et al., 2009). Likevel er de ofte bedre mentalt forberedt på hva som venter dem enn etter første diagnosetidspunkt (De Sousa et al., 2012).

Utviklingsmessige aspekter. Pasientene som lever med prostatakreft er i hovedsak eldre menn. Det er få studier som ser på hvordan ulike aldersgrupper mestrer kreftsykdom, men det ser ut til at menn over 75 år har noe mindre negative reaksjoner på diagnose og behandling enn yngre menn (De Sousa et al., 2012). Erikson og Erikson (1997) fremhever at ulike livsfaser innebærer ulike muligheter og utfordringer for psykososial utvikling. De påpeker at voksenalder handler om generativitet, det vil si å aktivt skape en arv for senere

generasjoner. I påfølgende år handler livet i større grad om å ha et internalisert og passivt fokus, for å kunne integrere livslærdommen man har opparbeidet seg. Ifølge Blank og Bellizi (2008) fører eldre voksenalder med seg et kortere tidsperspektiv på mål for fremtiden, mer fokus på emosjonell regulering og å være komfortabel, mindre behov for kontroll, og en mer aksepterende mestringsstil. Slike endringer kan være med å moderere den psykologiske effekten av kreftsykdommen (Blank & Bellizi, 2008). Mange eldre menn med kreft er også tilbakeholdne i forhold til å anerkjenne og søke hjelp for emosjonelle vansker (Kunkel et al., 2000). Rapporterte årsaker har vært lavt oppfattet behov for hjelp, frykt for stigmatisering, samt unngåelse av å være en byrde (Gray, Fitch, Phillips, Labrecque & Fergus, 2000). Mange ønsker å fortsette sitt normale liv, noe som også kan sees på som en aktiv mestringsstrategi (Gray et al., 2000). Systematiske gjennomganger av litteraturen på kreftpopulasjoner har etterlyst flere studier på menn (Weber & Sherwill-Navarro, 2005) og generelt eldre kreftoverlevende (Rao & Denmark-Wahnefried, 2006).

Oppsummert kan man konkludere med at det har vært lite fokus på psykisk helse blant pasienter med prostatakreft. I tillegg finnes det få studier som ser på kreftpasienter med tilbakefall og framskreden sykdom, selv om disse gjerne opplever flere symptomer og gjennomgår flere behandlinger. Vi ønsker derfor å fokusere på depresjon-, angst-, traume-, og fatiguesymptomer i kreftpopulasjonen, og hvordan metakognisjoner og resiliens kan påvirke grad av slike symptomer.

Depresjonssymptomer

Stressende livshendelser har vist seg å gi økt risiko for en påfølgende depressiv episode (Kendler, Karkowski & Prescott, 1999). Med bakgrunn i de utfordringer kreftpasienter møter er det ikke overraskende at flere studier finner at disse representerer en risikogruppe for å utvikle depresjoner (Carroll, Kathol, Noyes, Wald & Clamon, 1993; DeFlorio & Massie, 1995; Derogatis et al., 1983; Jayadevappa, Malkowicz, Chhatre, Johnson

& Gallo, 2012; Lampic et al., 1994). Depresjon hevdes å være underdiagnostisert og underbehandlet blant pasienter med kreft (Brunault et al., 2012; Williams & Dale, 2006). Miller et al. (2008) konkluderte i en metaanalyse med at 15 - 29% av personer som lever med en kreftdiagnose oppfyller diagnostiske kriterier for en depresjon, noe som betyr at depresjon er tre til fem ganger mer vanlig i denne gruppen enn i en normalpopulasjon. Depressiv lidelse og depresjonssymptomer er også funnet å ha sammenheng med en økt dødelighet blant kreftpasienter (Jayadevappa et al., 2012; Pinguart & Duberstein, 2010; Spiegel & Giese-Davis, 2003).

Til tross for at depresjon er den psykiske lidelsen som har fått mest oppmerksomhet i ulike studier av pasienter med kreft (Massie, 2004), finnes det få studier som omhandler depressive symptomer hos personer med prostatakreft. I en metaanalyse ble det konkludert med at den empirien som finnes om depresjon hos prostatakreftpasienter er metodisk for svak til å kunne estimere prevalens av depresjon i denne gruppen, og derfor ikke kan danne retningslinjer for psykososial behandling mot depresjon og depresjonssymptomer (Bennett & Badger, 2005). Det er likevel noen funn i den eksisterende litteraturen som kan trekkes fram i beskrivelsen av depresjonssymptomer hos prostatakreftpasienter. Depresjonssymptomer synes å variere med smerte (Bennett & Badger, 2005; Gerbershagen et al., 2008; Heim & Oei, 1993), funksjonstap som følge av kreftbehandling, for eksempel seksuell dysfunksjon, (Steineck et al., 2002), og type kreftbehandling. Det er for eksempel funnet at hos prostatakreftpasienter som mottar androgendeprivasjonsterapi² er depresjon åtte ganger mer vanlig enn hos normalpopulasjonen, og at pasienter med tidligere depressive episoder har særskilt risiko for å få en ny depressiv episode under hormonbehandling (Pirl, Siegel, Goode & Smith, 2002). I tillegg til tidligere depressive episoder og bivirkninger av behandling,

² ADT, som er den mest effektive systemiske behandling av prostatakreft medfører en signifikant forandring av mannens hormonbalanse med blant annet en lett økt risiko for metabolsk syndrom og osteoporose (Kintzel et al., 2008; Nobes et al., 2009)

trekkes framskreden sykdom og fremtredende kreftsymptomer fram som særlige risikofaktorer for depresjonssymptomer i populasjonen (Bennett & Badger, 2005).

Åtte av ti pasienter med prostatakreft er over 65 år (Marcus & Thompson, 2008). Det er inkonsistens i funn når det gjelder sammenheng mellom alder og depresjon (Jorm, 2000). Noen studier finner at depresjon er vanligere hos eldre (Beekman, Copeland & Prince, 1999; Stordal, Mykletun & Dahl, 2003), og det vil det da også være en høyere prevalens av depresjon blant prostatakreftpasienter knyttet til en økende alder (Miller et al., 2008). Noen studier tyder på at det er lavere prevalens av depresjon hos eldre (Jorm, 2000). Det er også studier som tyder på at yngre kreftpasienter har større avvik fra normalpopulasjonen i depresjonsprevalens enn eldre kreftpasienter har, samt at det er små forskjeller i prevalens blant eldre kreftpasienter og eldre i normalpopulasjonen (Hinz et al., 2010). En stor befolkningsstudie viste at somatisk sykdom med selvrappertert funksjonssvikt i form av fysisk sykdom, bevegelses-, hørsels-, og synstap kan forklare en del av økningen av depresjon med alderen hos de over seksti år (Stordal et al., 2003). Med andre ord er det ikke nødvendigvis depresjon som en distinkt lidelse som øker med alderen, men depresjon som komorbid lidelse til somatiske plager. En kan dermed anta at depresjon er et relevant tema for eldre kreftpasienter. En meta-analyse viser at affektive lidelser hos eldre kreftpasienter (≥ 65 år) fortsatt er et område hvor det er behov for et større klinisk og forskningsmessig fokus (Spoletini et al., 2008).

Angstsymptomer

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) fant at ca 12.5% av den mannlige normalpopulasjonen mellom 20-89 år har angstsymptomer på et klinisk nivå (Rivenes, Harvey & Mykletun, 2009). Prevalensestimater for angstlidelser i den eldre normalpopulasjon varierer mellom 1.2 % til 15.0 % med målemetoder og utvalg (Bryant, Jackson & Ames, 2008). Menn har på tvers av studier lavere forekomst av angstsymptomer

enn kvinner (Bryant et al., 2008; Sandanger, Nygård, Ingebrigtsen, Sørensen & Dalgard, 1999). Angstproblemer er gjerne knyttet til situasjoner som oppfattes som ukontrollerbare eller umulige å unngå, som for eksempel å bli rammet av en alvorlig sykdom (De Sousa et al., 2012). Litteraturen skiller ikke alltid mellom ulike typer angst, men studier viser at 25.0-48.0% av kreftpasientene har signifikante angstsymptomer (Derogatis et al., 1983; Stark et al., 2002). Angst er i utgangspunktet en naturlig og adaptiv reaksjon til en reell trussel som kreft, og i mange tilfeller kan det derfor være vanskelig å vurdere når reaksjonen ikke kan regnes som proposjonal til pasientens tilstand (Stark & House, 2000). Angst rundt diagnosetidspunkt er vanlig blant kreftpasienter, men prevalensen faller vanligvis de påfølgende år (Gustafsson et al., 1995). Likevel ser nivået ut til å forbli høyere enn for normalpopulasjonen, selv etter en kurativ behandling (Loge, Abrahamsen, Ekeberg, Hannisdal & Kaasa, 1997). En stor tysk studie fant at kreftpasienter har opptil dobbelt så høyt symptomtrykk relatert til angst i forhold til normalpopulasjonen, men at det kun er små forskjeller mellom gruppene over 61 år (Hinz et al., 2010).

For pasienter med prostatakraft finnes det generelt mindre forskning på angstproblemer enn blant andre krefttyper (Dale, Bilin, Han & Meltzer, 2005), og mange av studiene som har blitt gjort har brukt små utvalg (De Sousa et al., 2012). Det foreligger likevel en indikasjon på forhøyede nivåer av angst hos denne gruppen i forhold til normalpopulasjonen (Nelson, Balk & Roth, 2010). I en nylig gjennomgang av 39 studier utført mellom 1984 og 2011 viste det seg at 30-40% av pasientene med prostatakraft hadde angstsymptomer som påvirket deres daglige funksjon (De Sousa et al., 2012). Årsaker til angst blant menn med prostatakraft har vist seg å være bekymringer rundt økning av PSA-verdi, ettervirkninger av medisiner, spredning, funksjonshemming og død (Roth og Passik, 1996, Stark & House, 2000). Sosial tilbaketrekning som følge av urinlekkasje etter behandling har også vist seg å kunne føre til angst og depresjon (Zorn, Montgomery, Pieper,

Gray & Steers, 1999). Innleggelse på sykehus fører til separasjon fra familie og venner, noe som i seg selv kan føre til angst (Mystakidou et al., 2011).

Få studier har fokusert spesifikt på angst hos pasienter med framskreden eller uhelbredelig kreft (Kolva, Rosenfeld, Pessin, Breitbart & Brescia, 2011). En litteraturgjennomgang (Miovic & Block, 2007) av flere krefttyper på framskredent stadium viste at omtrent 2-14% av denne populasjonen møter kriteriene for en angstlidelse. Blant disse er generalisert angstlidelse (3.2-5.3%), panikklidelse (4.2%) og posttraumatisk stresslidelse (2.4%). En studie av Roth et al. (1998) på pasienter med prostatakreft på framskredent stadium, viste at 32.6 % skåret over en grenseverdi på 7 for angst på *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS, Zigmond & Snaith, 1983). Diagnostisering av spesifikke angstlidelser hos kreftpasienter vil riktignok kunne kompliseres av en komorbiditet med for eksempel depressive symptomer og fysiske symptomer som søvnforstyrrelser, appetittmangel og fatigue (De Sousa et al., 2012). En litteraturgjennomgang av Miovic & Block (2007) viste at prevalens av angstlidelser økte med overgangen fra framskreden kreftsykdom til dødelig stadium. Andre har funnet at det ikke er store forskjeller i angst mellom ulike sykdomsstadier (Couper et al., 2006), men at fysisk symptombyrde, eksistensielle vansker og aksept for døden øker med alvorlighetsgrad (Lichtenthal et al., 2009).

Vi mangler fremdeles kunnskap om prevalens av angstproblemer, bakenforliggende årsaker og eventuelle konsekvenser de har for kreftpasienter (De Sousa et al., 2012; Stark et al., 2002; Wilson et al., 2007). Angstsymptomer har vist seg å være en av de vanligste årsakene til at pasienter med uhelbredelig kreft søker psykologisk helsehjelp, og knyttes til søvnvansker, dårligere livskvalitet, og en dårligere overholdelse til behandling og svekket tillit til lege (Smith, Gomm & Dickens, 2003; Spencer, Nilsson, Wright, Pirl & Prigerson, 2010; Stark et al., 2002; Steinman, 2009).

Traumesymptomer

Å få en livstruende sykdom som kreft anses som en potensielt traumatiserende hendelse (Kangas, Henry & Bryant, 2002; Smith, Soloway & Young, 1999). For Posttraumatisk Stresslidelse (PTSD) hos voksne med kreft varierer prevalensen i ulike studier fra 0.0%-32.0% (Kangas et al., 2002), men synes å ligge på ca 5.0% (Smith, Redd, Peyser & Vogl, 1999; Widows, Jakobsen & Fields, 2000). Det er gjort få forekomststudier av traumesymptomer og PTSD i den norske normalpopulasjonen, men livstidsprevalens ser ut til å ligge på ca 2.6 % for unge voksne (Amstader, Aggen, Knudsen, Reichborn-Kjennerud & Kendler, 2013). For voksne viser prevalensstudier i andre europeiske land lignende tall (Alonso et al., 2004). Dette antyder altså at kreftpopulasjonen har noe høyere forekomst av PTSD enn normalpopulasjonen. Subkliniske PTSD-symptomer er imidlertid mer vanlig enn fullstendig syndromdiagnose (Gurevich, Devins, & Rodin, 2002). Spørreskjemaer som omhandler traumesymptomer kan angi sannsynlig PTSD gjennom en klinisk grenseverdi, men slike verdier er enda ikke blitt validert for kreftpopulasjonen (Gurevich et al., 2002). De har likevel blitt utviklet for andre populasjoner, som for krigsveteraner (Asukai et al., 2002; Creamer, Bell & Failla, 2003; Rash, Coffey, Baschnagel, Drobos & Saladin, 2008).

Posttraumatisk stress hos kreftpasienter kan være assosiert med gjentatte påtrengende minner, eller unngåelse av stimuli assosiert med behandling og sykdom (French-Rosas et al., 2011). Det foreligger mindre litteratur på hyperaktivering, som ikke ble inkludert som hovedsymptom i PTSD- diagnosen før den fjerde versjonen av *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR*; American Psychiatric Association, 2000). Kjente risikofaktorer for PTSD er blant annet ung alder, å være kvinne, tidligere psykiske plager, lange sykehusopphold og større antall av traumatiske minner (Jackson et al., 2007; Amstader et al., 2013). Tilbakefall av kreft ser også ut til å ha negativ påvirkning (Kangas et al., 2002). Cella et al. (1990) fant at første tilbakefall av kreftsykdom, og generelt

overraskende tilbakefall, var knyttet til symptomer på gjenopplevelse og unngåelse. Forskningen på kreftrelatert PTSD har vært mest konsentrert om kvinner med brystkreft i ulike stadier, og det foreligger derfor lite studier på prostatakreft (Mehnert, Lehmann, Graefen, Huland & Koch, 2010). En studie indikerte at prevalensen ligger på 4.3 % for tidlige kreftstadier, altså uten spredning til i andre organer (Mehnert et al., 2010). Bisson et al. (2002) så på pasienter med nylig diagnostisert prostatakreft, og fant at 14% hadde et klinisk nivå av posttraumatisk stress når man kun hadde inkludert de to subskalaene gjenopplevelse og unngåelse. Litteraturen indikerer generelt at kreftpasienter sjelden utredes for PTSD (Mystakidou et al., 2011). Komorbiditet med andre lidelser er imidlertid et problem (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). Vurdering av PTSD kan også være vanskelig ettersom stressoren ofte er uklar, og fordi en forverring av sykdomstilstand kan påvirke symptomer (Kangas et al., 2002).

Fatigue

Fatigue, også omtalt som utmattelse, har vist seg å være et vanlig symptom for pasienter med prostatakreft, og er assosiert med alle typer av prostatakreftbehandling (Langston et al., 2013). I forbindelse med kreftsykdom kan fatigue defineres som en subjektiv opplevelse av tretthet, svakhet eller mangel på energi utover det som oppleves hos friske personer (Radbruch et al., 2008). Symptomene bedres ikke når pasienten hviler (Tavio, Milan & Tirelli, 2002). I mangel på objektive målemetoder, må det både i forskning og i klinikk måles gjennom pasientens egen beskrivelse (Loge, Ekeberg & Kaasa, 1998). Fatigue beskrives derfor i litteraturen som en subjektiv opplevelse som pasienter på alle stadier av kreftsykdom opplever. Fatiguesymptomer kan ramme pasienter under behandling og med framskreden sykdom (Servaes, Verhagen & Bleijenbergh, 2002; Barnes & Bruera, 2002), og hos kreftoverlevende opplever mange vedvarende fatigue flere år etter friskmelding fra kreftdiagnosen (Zucca, Boyes, Linden & Girgis, 2012). Fatigue kommer til uttrykk på

fysiske, kognitive og emosjonelle måter (Barnes & Bruera, 2002). Estimer av forekomst i kreftpopulasjoner varierer fra 6.1% - 90.0% med de ulike måleinstrumenter og diagnostiske kriterier som legges til grunn (Barnes & Bruera, 2002; Langston et al., 2013). I prostatakreftpopulasjonen er høyeste rapporterte forekomst av fatiguesymptomer 74%, og høyeste rapportere forekomst av kronisk fatigue 39% (Langston et al., 2013).

Etiologien til fatigue er uklar, selv om kreftsykdommen i seg selv, kreftbehandlingen, og psykososiale betingelser kan bidra til plagene (Barnes & Bruera, 2002; Tavio et al., 2002). For eksempel spiller hormonbehandling en rolle i fatigue hos prostatakreftpasienter (Langston et al., 2013; Stone, Hardy, Huddart, A'Hern & Richards, 2000). Studier som omhandler mulige mekanismer bak en kreftrelatert fatigue etterlyses (Knobel et al., 2000). Dette gjelder spesielt for prostatakreftpopulasjonen, hvor lite er kjent om prevalens og alvorlighetsgrad i forhold til andre krefttyper (Langston et al., 2013). I tillegg begrenses muligheten til å trekke slutninger ut fra tidligere funn på grunn av metodologiske svakheter i ulike studier (Langston et al., 2013).

Det er i dag fortsatt uklart hvordan psykologiske faktorer kan spille en rolle i fatigue hos kreftpasienter. I litteraturen nevnes at fatigue særlig har sammenheng med depresjonssymptomer, men også angstsymptomer (Andrykowski et al., 1997; Brown & Kroenke, 2009; Redeker, Lev & Ruggiero, 2000). En litteraturgjennomgang fant at depresjon er konsistent moderat assosiert med fatigue (Brown & Kroenke, 2009). Selv om flere symptomer, som utmattelse (Brown & Kroenke, 2009), vansker med konsentrasjon, - hukommelse og -søvn (Maher-Edwards, Fernie, Murphy, Wells & Spada, 2011) er felles for depresjon og fatigue, er det studier som peker på at disse lidelsene er like, men separate plager (Cleare et al., 1995; Moss-Morris & Petrie, 2001). Allikevel er forholdet mellom fatigue og depresjons- og angstsymptomer ikke avklart, og om disse deler noen felles underliggende mekanismer (Brown & Kroenke, 2009).

Faktorer som predikerer psykologiske vansker hos kreftpasienter

I dag forklares ikke psykopatologi ut fra enkle uavhengige faktorer, men som konsekvens av transaksjoner mellom biopsykososiale beskyttelses-, og risikofaktorer (Engel, 1981; Hankin & Abela, 2005). Fravær av psykopatologi ser ut til å innebære en tilstedeværelse av indre og ytre faktorer som kan beskytte individet i stressende livshendelser, men vi vet enda lite om slike mønstre for psykologisk funksjon blant pasienter med kreftsykdom (Coughlin, 2008; Hou, Law, Yin & Fu, 2010). En meta-analyse studerte hvilke faktorer som kunne moderere psykologiske vansker hos pasienter med prostatakreft (Roesch et al., 2005). Det ble funnet at individer som mestrer sykdommen på en direkte måte er mindre utsatt for psykologiske vansker, i motsetning til pasienter som har unnvikelse som mestringsstrategi. Funn fra generelle kreftpopulasjonsstudier viser også at hvordan pasientene mestrer det stresset som følger av sykdommen, modererer forholdet mellom kreft og depresjon (Spoletini et al., 2008). Kognitive og emosjonelle faktorer blir derfor viktige tema i forskning.

Når en skal forklare hvorfor noen viser bedre tilpasningsevne enn andre i møte med kritiske livshendelser, blir psykologiske begreper som metakognisjoner og resiliens interessante å studere. En voksende forskningsmasse vektlegger rollen av metakognisjoner (Wells, 2009) og resiliensfaktorer (Hjemdal et al., 2006; Sharpley, Wootten, Bitsika & Christie, 2013) i utvikling av psykopatologi.

Metakognisjoner. Metakognisjoner tenkes å styre både tankestiler, oppmerksomhet og mestringsresponses og virker slik inn på psykiske helse (Wells, 2009). Metakognisjoner er mest studert i sammenheng med det vi kaller SREF-modellen (Self-Regulatory Executive Function), som forklarer hvordan metakognisjoner predisponerer til responsmønstre til opplevde atferdsmessige, emosjonelle eller kognitive vansker. Disse responsmønstrene karakteriseres av tankeundertrykkelse, økt fokus på trusler, økt

selvoppmerksomhet, unngåelse og repeterende tankemønster i form av grubling og bekymring (Wells & Matthews, 1996). Disse strategiene utgjør et kognitiv oppmerksomhetssyndrom (KOS), som kan opprettholde negative tanker og emosjoner, hindre endring av dysfunksjonelle antagelser og øke tilgjengelighet av negativ informasjon. Negative tanker er i følge metakognitiv teori ikke dysfunksjonelt i seg selv, men å dvele ved disse over tid kan ha sammenheng med psykopatologi (Wells, 2009).

KOS guides av positive og negative metakognisjoner. Positive metaantagelser handler om *fordeler* ved det å bekymre seg, gruble, fokusere på trusler og lignende strategier (Wells, 2009). Et eksempel kan være: ”å fokusere på fare vil holde meg trygg”. Negative meta-antagelser omhandler betydning, viktighet, ukontrollerbarhet og fare ved visse tanker og kognitive hendelser. Et eksempel kan være ”bekymring kan være farlig for helsa mi”.

Graden og formen av metakognisjoner har vist seg å ha en sammenheng med Angst-, traume- og depresjonssymptomer i kliniske populasjoner (Fisher & Wells, 2005; Papageorgiou & Wells, 2000; Papageorgiou & Wells, 2003; Roussis & Wells, 2008; Wells & Carter, 2001). Studier har vist at pasienter med kreft takler sykdom og trussel om ny sykdom ulikt, men at forekomsten av angst (Stark & House, 2000) og depresjon (Miller et al., 2008) er høyere enn i normalpopulasjonen. Det er derfor grunn til å tro at sammenhengen mellom metakognisjoner og psykologiske symptomer som følge av kreftsykdom også kan gjelde her (Wells, 2009). En studie som omhandlet metakognisjoner hos brystkreftoverlevende fant at en metakognitiv stil kunne predikere frykt for tilbakefall av sykdom. Spesielt var negative metakognisjoner forbundet med høye nivå av bekymring hos denne gruppen (Thewes, Bull & Butow, 2013). Etter hva vi kjenner til, finnes det kun to studier som omhandler metakognisjoner i forbindelse med kreftsykdom (Thewes, Bell & Butow, 2013; McNicol, Salmon, Young & Fisher, 2013). McNicol et al. (2013) konkluderte i sin kasus-studie at en

metakognitiv tilnærming potensielt kan være svært nyttig i behandling av depresjon, angst og posttraumatisk stress hos kreftpasienter.

Å undersøke metakognisjoner hos kreftpasienter kan være viktig av flere grunner. Tradisjonelle kognitive modeller fokuserer på tankeinnhold, heller enn tankeprosesser, som metakognitive modeller fokuserer på. Tradisjonell kognitiv terapi søker å teste spesifikke negative tankers validitet (Beck, 1976). Kreftpasienter, og kanskje særlig kreftpasienter med tilbakefall, er i reell og stadig fare. Å ha et metakognitivt fokus på prosesser som grubling og bekymring, kan dermed være mer nyttig enn å teste om tanker om fare er reelle.

Som vi har sett er kreftpasienter funnet å ha et bredt utvalg av psykologiske vansker. Metakognitive modeller fokuserer på prosesser som går på tvers av diagnostiske termer, og vil da være særlig relevante i behandling av pasienter med komorbiditet (Hagen, Johnson, Rognan & Hjemdal, 2012). Metakognitiv terapi vil da være spesielt relevant både for de spesifikke pasienter med psykologisk komorbiditet, men også som verktøy for klinikere som møter en gruppe pasienter med et bredt utvalg psykiske lidelser. Dersom bekymring og depressiv grubling er sentrale kognisjoner hos kreftpasienter, kan underliggende metakognisjoner være sentrale i utviklingen av psykologiske symptomer og i den psykologiske behandlingen av disse.

Resiliens og motgang. Forskning viser en robust sammenheng mellom stressende livshendelser og psykiske symptomer og lidelser (Carroll et al., 1993; Derogatis et al., 1983; Fallowfield, Ratcliffe, Jenkins & Saul, 2001; Hoffman, McCarthy, Recklitis & Ng, 2009; Lampic et al., 1994). Kreftsykdom rører ved mange ulike deler av en persons liv og helse, både psykologisk, kognitivt, sosialt, økonomisk og spirituelt (Aziz & Rowland, 2003). Å leve med kreft på framskredet stadium kan i tillegg gi ekstra belastning for individet og familien rundt, inkludert utfordringen som ligger i å vente på døden (Davies & Higginson, 2004). Stress som følge av vedvarende sykdom eller beskjed om at kreften har spredd seg, kan

predisponere en person for psykologiske problemer, særlig hvis de har manglende eksternt støtte, dårlig kommunikasjonsevner eller en historie med psykisk sykdom (Higginson & Costantini, 2002; Higginson et al., 2003). Individuer reagerer likevel ulikt på samme type utfordringer, og hvilke mestringsstrategier man velger å bruke.

Resiliens kan defineres som en dynamisk prosess som leder til at personen har kapasitet til å takle motgang og stress, samtidig som man vedlikeholder normal psykologisk og fysisk funksjon (Rutter, 2012). Begrepet er derfor bredt dekkende, og innebærer mekanismer på både genetisk, epigenetisk, nevrokjemiske, utviklingsmessige og psykologiske nivåer (Wu et al., 2013). Det er altså avgjørende for at man skal angi noen som resiliente at de har beskyttende faktorer som bidrar til å redusere effekten av stressorer (Friborg, Hjemdal, Martinussen & Rosenvinge, 2009). Dette kan også forklare hvorfor pasienter med kreft generelt har vist seg å ha et høyere nivå av beskyttende faktorer som fremmer resiliens enn normalpopulasjonen (Gotay, Isaacs & Pagano, 2004; Parry, 2003; Stewart, Wong, Duff, Melancon & Cheung, 2001; Strauss et al., 2007; Wenzel et al., 2002).

Litteratur som omhandler den generelle kreftpopulasjonen indikerer at høy grad av resiliensfremmende faktorer kan predikere livskvalitet, mestring, optimisme og til og med overlevelse (Strauss et al., 2007). Individuer som skårer høyt på beskyttende faktorer assosiert med resiliens har vist seg å ha mindre depresjon- og angstsymptomer (Edward, 2005; Hjemdal, Friborg & Stiles, 2012; Hjemdal et al., 2006; Sharpley et al., 2013), mindre fatigue (Strauss et al., 2007), opplever smerte som mindre forstyrrende (Friborg et al., 2006) og mestrer negative livshendelser bedre (Hjemdal et al., 2006). Blant annet har faktorer som sosial kompetanse og grad av planlagt fremtid vist seg å være viktige (Hjemdal et al., 2006). Sosial kompetanse måler vurdering av egen evne til å initiere verbal kontakt og være fleksibel i sosiale interaksjoner, skape nye vennskap og føle seg vel i sosiale settinger, samt tilstedeværelse eller mangel på en prososial interaksjonell stil (Hjemdal et al., 2006). Planlagt

fremtid innebærer blant annet positivt syn på egen fremtid, evnen til å planlegge og formulere klare og oppnåelige mål, samt tro på suksess (Hjemdal et al., 2006). Friborg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen (2003) fant at faktoren selvpersepsjon, eller syn på egne evner, var den resiliensfaktoren som sterkest kunne diskriminere mellom pasienter og friske kontroller. Resiliens er heller ikke bare fravær av patologi i møte med vanskelige livshendelser, men innebærer også mulighet for positiv psykologisk vekst (Carver, 1998). For eksempel kan det å overleve en livstruende sykdom sette andre problemer i perspektiv, gi en endring i prioriteringer og en følelse av å komme styrket ut av opplevelsen (Parry, 2003; Stewart et al., 2001; Wenzel et al., 2002). Kvinner rapporterer gjerne flere interpersonlige og sosiale ressurser, mens menn vurderer seg selv høyere på personlige disposisjoner (Werner & Smith, 2001).

En voksende litteratur har beskrevet mestringsstiler blant kreftpasienter, og knytter blant annet resiliens til personlighetsdimensjoner som optimisme og håpefullhet (Rowland & Baker, 2005). Begrepet refererer ikke bare til individuell evne til mestring av stress, men også muligheten til å bruke ekstern støtte fra familie og venner (Friborg et al., 2003). I en studie av Lepore og Helgeson (1998) ble det blant annet funnet at menn som hadde blitt behandlet for prostatakreft hadde færre påtrengende tanker rundt kreftsykdommen der de hadde kommunisert disse til ektefelle og familie. Et vanlig funn er også at personer som har psykiske problemer generelt rapporterer færre beskyttende faktorer i deres miljø for forebygging og mestring av stress (Werner & Smith, 1992). Sosial støtte har vist seg å promotere både god fysisk og psykisk helse, og fungerer som en beskyttelsesfaktor for sykdomsbyrde ved kreft (Mehnert et al., 2010).

Få studier har sett spesifikt på aldersforskjeller og resiliens, men det ser ut til at eldre voksne ofte er bedre på emosjonell regulering og problemløsning, mens yngre skårer høyere på sosial støtte (Gooding, Hurst, Johnson & Tarrrier, 2012). For en pasientgruppe som

typisk består av eldre menn, vil dette også kunne være et mulig mønster blant pasienter med prostatakreft. En nylig studie av menn med prostatakreft uten spredning indikerte at beskyttende faktorer assosiert med resiliens hadde en effekt på utvikling av depresjon (Sharpley et al., 2013). Et eksempel på dette var pasientenes oppfatning av egen evne til å takle. Tidligere studier har vist at intrapersonlige resiliensfaktorer er sterkest relatert til dårlig psykisk helse (Friborg et al., 2003; Hjemdal et al. 2006), men at interpersonlige/eksterne faktorer også har en viss effekt på forklaring av varians i skårer for generelle angst- og depresjonssymptomer (Friborg et al., 2009) Etter hva vi kjenner til, er det ikke gjort studier som spesifikt tar for seg forholdet mellom beskyttende faktorer assosiert med resiliens og psykisk helse hos pasienter med tilbakevendende prostatakreft. En negativ sammenheng mellom resiliens og symptomtrykk ville riktignok være i tråd med annen forskning på resiliens i møte med stressende livshendelser (Rutter, 2012; Sharpley et al., 2013).

Studiens mål og problemstillinger

Til tross for at forskning på psykologiske ettervirkninger av prostatakreft er mangelfull (Bennett & Badger, 2005; Dale et al., 2005; Langston et al., 2013; Spoletini et al., 2008), er det likevel funn som tyder på at populasjonen har forhøyede nivå av depressive symptomer (Jayadevappa et al., 2012; Pirl et al., 2002), angstproblemer (De Sousa et al., 2012), traumesymptomer (Bisson et al., 2002; Lepore & Helgeson, 1998) og fatigue (Langston et al., 2013). Generelt viser ulike oversiktsstudier at det foreligger lite forskning på psykologiske vansker hos pasienter med tilbakevendende prostatakreft (Bloch et al., 2007). Å forlenge liv er det viktigste kriteriet i kreftbehandling, men det er også behov for å kartlegge psykologiske problemer, og implementere tilpassede psykologiske intervensjoner ved behov (Fallowfield et al, 2001; Mehnert & Koch, 2008).

Hovedproblemstilling for oppgaven er derfor: Hva er potensielle psykologiske ettervirkninger av å ha tilbakevendende prostatakreft? Med bakgrunn i tidligere forskning har vi følgende hypoteser:

1) Prostatakreftpasientene vil ha et forhøyet nivå av depressive symptomer, angstsymptomer, traumesymptomer og fatigue i forhold til verdier funnet i normalpopulasjonen i andre studier.

2) Metakognisjoner og resiliens kan forklare varians i depressive, angst-, og traumesymptomer, samt fatigue i et utvalg med tilbakevendende prostatakreft.

Metode

Utvalg

Utvalget i studien bestod av menn i aldersgruppen 50-90 år med en tilbakevendende prostatakreft. Pasientene var under vedvarende behandling og oppfølging for sin kreftsykdom ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Inklusjonskriteriene var tilbakefall av sykdom i form av biokjemisk residiv (økning i PSA-verdi etter behandling) eller påvist spredning, de måtte ha mottatt livsforlengende hormonbehandling i minst 3 måneder, og ha minimum 3 måneders forventet levetid. Dette av hensyn til umiddelbare bivirkninger av behandling og av respekt for pasienter i siste livsfase. Etter utvelgelse fikk 134 pasienter tilsendt forespørsel om deltakelse i studien, hvorav 74 besvarte.

Prosedyre

Pasientene ble identifisert ut fra en diagnosekode knyttet til tilbakevendende prostatakreft i journal ved Kreftavdelingen på St. Olavs Hospital, Trondheim. I samarbeid med overlegen ved Kreftavdelingen ble det gjort en grundig gjennomgang av de aktuelle journaler, og en spørreskjemapakke ble distribuert via post til de personer som passet våre inklusjonskriterier. Denne pakken bestod av ulike selvutfyllingsskjema knyttet til

demografiske variabler, og standardiserte spørreskjema knyttet til depressive-, angst-, og traumesymptomer, fatigue, metakognisjoner, resiliens, helserelatert livskvalitet, foruten informasjonsskriv og samtykkeskjema til studien, samt en ferdigfrankert svarkonvolutt. Studien er godkjent av Regional Etisk Komité (REK), region sør-øst.

Materiale

Alle spørreskjemaer er vedlagt (appendiks a), sammen med infoskriv (appendiks b) og REK-godkjenning (appendiks c). De ulike skjemaer som ble brukt i oppgaven gjennomgås nedenfor.

Demografiske variabler: Spørreskjemaet inneholder to deler hvor del A etterspør demografiske variabler som alder, utdanning, yrke, bosituasjon, sykdomstilstand, tidligere sykdom, samt opplevde ettervirkninger av kreftsykdom og behandling. Del B av skjemaet spør etter pasientens bruk og erfaring med helsevesenet. Denne informasjonen ble ikke brukt i denne hovedoppgaven.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Zigmond & Snaith, 1983) er et spørreskjema som måler angst og depressive symptomer hos pasienter under medisinsk behandling. HADS består av 14 ledd, hvor halvparten inneholder spørsmål om symptomer på angst (HADS-A) og halvparten inneholder spørsmål om symptomer på depresjon (HADS-D). Totalskåre er fra 0 til 42, hvor høyere skåre indikerer høyere grad av depressive symptomer/angstsymptomer. Det er beregnet grenseverdier for subskalaene for angst og depresjon, hvor en skåre på 8 eller mer indikerer at pasienten oppfyller kriterer for mulig angst eller depresjon, mens en skåre på 11 eller mer identifiserer pasienter med angst og depresjon med stor sikkerhet (Bjelland, Dahl, Haug & Neckelman, 2002; Zigmond & Snaith, 1983). Respondenten bes om å angi hyppighet av depressive symptomer eller angstsymptomer. HADS er funnet å ha god validitet og indre konsistens ($\alpha = .83$ og $.82$ for henholdsvis HADS-A og HADS-D) (Bjelland et al., 2002).

Impact of Event Scale – Revised (IES-R; Weiss & Marmar, 1997; Winje & Tungodden, 2001) er et selvutfyllingsskjema med 22 ledd, der hvert ledd presenterer vansker som personer kan oppleve etter belastende livshendelser. Respondentene blir bedt om å gradere hvorvidt man har opplevd disse plagene i løpet av de siste 7 dager på en skala fra 0 (*Ikke i det hele tatt*) til 4 (*Svært høy grad*). Totalskårer er fra 0 til 88, hvor høy skåre indikerer høyere grad av vansker. Det finnes ingen klar grenseverdi, men studier har vist at en skåre på eller over 33 kan indikere mulig PTSD (Creamer et al., 2003). Selv om IES-R ikke er et diagnostisk verktøy, brukes det ofte til screening for tilstedeværelse og alvorlighetsgrad av PTSD symptomer (Rash et al., 2008). Det originale skjemaet ble revidert for å passe nyere diagnosekriterier for PTSD i DSM-IV, og dekker kjernesymptomene gjenopplevelse, unngåelse og hyperaktivering (Eid et al., 2009). Gjennomsnittsskårer for de tre subskalaene ligger mellom 0-4, tilpasset den nye graderingen for enkel tolkning av skårer. En studie av en ikke-klinisk norsk populasjon viste at IES-R var et valid mål og hadde indre konsistens på henholdsvis ($\alpha = .85, .84$ og $.62$) for de tre ulike subskalaene (Eid et al., 2009). Test-retest reliabilitet over et 6-måneders intervall har vist seg å være mellom $.89$ og $.94$ (Weiss & Marmar, 1997).

Chalder Fatigue Questionnaire (FQ; Chalder et al., 1993) består av 13 spørsmål som vurderer symptomer knyttet til kronisk utmattelse (fatigue). FQ inneholder sju ledd som måler opplevd fysisk fatigue, fire ledd som måler opplevd mental fatigue, samt to spørsmål om varighet og grad av fatigue. Respons skal gis ut fra hvor ofte respondenten har opplevd å være mer sliten, svak eller ha mangel på overskudd enn vanlig den siste måneden. Totalskårer er fra 0 til 33, hvor høyere skåre indikerer mer fatiguesymptomer. Skjemaet er mulig å skåre både som dikotomisert (0,0,1,1) og ved hjelp av en Likert skala (0,1,2,3) (Loge et al., 1998). Gjennomsnittsverdier oppgis med grunnlag i en Likert skåring, mens klinisk fatigue defineres ut fra en dikotomisert skåre (Chalder et al., 1993). Det har vist seg være et

reliabelt og valid mål på fatiguesymptomer ($\alpha = .88 - .90$) (Chalder et al., 1993), og er oversatt til og validert på norsk (Loge et al., 1998).

Metacognitions Questionnaire (MCQ-30; Wells & Cartwright-Hatton, 2004) er et mål på ulike former for metakognisjoner. Hvert ledd kan skåres fra 1 til 4. Totalskåre er fra 30 til 120, hvor en høyere skåre indikerer et høyere nivå av dysfunksjonelle metakognisjoner. MCQ-30 har fem subfaktorer: 1) positive metaantagelser om bekymring, 2) negative metaantagelser om tanker om ukontrollerbarhet og fare, 3) tillit til egen kognisjon, 4) negative antagelser om konsekvenser av å ikke kontrollere tanker, og 5) kognitiv selvbevissthet (fokus på egne tankeprosesser). MCQ-30 er funnet å ha god validitet og indre konsistens ($\alpha = .72 - .93$) og akseptabel til god test-retest reliabilitet (Wells & Cartwright-Hatton, 2004).

Resilience Scale for Adults (RSA; Friborg et al., 2003) er et selvutfyllings skjema som etterspør hvordan respondenten i løpet av den siste måneden har tenkt og følt om seg selv og betydningsfulle mennesker rundt seg. RSA dekker seks faktorer; 1) selvpersepsjon, 2) planlagt fremtid, 3) sosial kompetanse, 4) familiesamhold, 5) sosiale ressurser og 6) strukturert stil. Skjemaet består av 33 ledd med en påbegynt setning, som for eksempel ”Mine vurderinger og avgjørelser...”. Respondenten svarer på en syvpunkts sematisk differensiert likertskala med positive og negative endepunkter, for eksempel fra *tviler jeg ofte på*, til *stoler jeg fullt ut på*. Skårer varierer mellom 33 og 231, der høyere skårer indikerer høyere nivå av beskyttende faktorer assosiert med resiliens. Forskning har vist at RSA er et reliabelt ($\alpha = .67 - .90$) og valid mål for resiliens (Friborg et al., 2003).

Design og statistiske analyser

Denne undersøkelsen brukte et tverrsnittsdesign, hvor man ønsket å undersøke prevalens av en rekke psykologiske og fysiske symptomer blant respondentene. I denne undersøkelsen kunne respondentene ha 20 % manglende data på de ulike spørreskjemaene IES-R, MCQ-30 og RSA. Dersom respondentene hadde mer enn dette, ble de ekskludert fra

analysene. På HADS ble det i samsvar med skåringsmanualen tillatt at respondenten kunne ha unnlatt å besvare ett spørsmålsledd i henholdsvis HADS-A og HADS-D. Analysene ble utført i dataprogrammet *International Business Machines Statistical Package for the Social Sciences Statistics (IBM SPSS Statistics, v.20)*. Deskriptive analyser, korrelasjonsanalyser og hierarkisk lineære regresjonsanalyser ble utført i henhold til hypotesene. Generelt i forhold til antall deltakere og multiple regresjonsanalyser anbefaler Green (1991) følgende beregning av utvalgsstørrelse for å finne stabile regresjonsløsninger $50 + 8K$, der K = antall prediktorer. Alder og påvist spredning ble inkludert som prediktorvariabler i analysene sammen med metakognisjoner og resiliens.

Resultater

Deskriptive analyser

Responsraten for undersøkelsen var på 55.2%. Av de som avsto fra å delta, var rapporterte årsaker høy sykdomsbelastning, manglende interesse for studien og emosjonell påkjenning. En av pasientene var gått bort i tiden mellom journalgjennomgang og oppfølging. Demografien viste at gjennomsnittlig alder for utvalget var 72.8 år ($SD = 7.11$), hvor den yngste pasienten var 51 og den eldste 88 år. 76.1% av pasientene hadde fått påvist spredning av prostatakrefte.

Gjennomsnitt og standardavvik for totalskårer på HADS-D, HADS-A, IES-R, FQ, MCQ-30 og RSA vises i tabell 1. For å skille angst- og depresjonssymptomer har vi brukt skårer for de to subskalaene i HADS. Med en grenseverdi på henholdsvis 8 og 11, hadde 6.9% mulig angst, og 12.2% mulig depresjon. 4.2% hadde med stor sannsynlighet angst, og 4.1% var sannsynlig å ha en depresjon. Samlet sett hadde 16.3% mulige eller sannsynlige depresjonssymptomer, og 11.1% mulige eller sannsynlige angstsymptomer.

Gjennomsnittsskårer for subskalaer av traumesymptomer i IES-R var .85 for gjenopplevelse,

1.0 for unngåelse og .65 for hyperaktivering. Gjennomsnittlig totalskåre var 20.68 ($SD = 14.39$), og 17.1% skåret over en grenseverdi på 33, som indikerte en mulig posttraumatisk stresslidelse. For fatigue (målt med FQ) ble både Likert og en dikotomisert skåring benyttet, slik beskrevet av Loge et al. (1998). Gjennomsnittet med Likert skåring var 15.99 ($SD = 4.59$). Betydelige fatiguesymptomer ble definert som total dikotomisert skåre på 4 eller mer (Chalder et al., 1993). Vedvarende fatigue ble identifisert med total dikotomisert skåre på 4 eller mer og en varighet på > 6 måneder (Chalder et al., 1993; Wessely, 1995). Med dikotomisert skåre på fire eller mer skårer 57.5% over grenseverdien for betydelige fatiguesymptomer. Dersom man inkluderer kriteriet om seks måneders varighet, ble det funnet at 31.3% oppfyller kriterier for kronisk fatigue.

Gjennomsnittlig sumskåre på MCQ-30 var 49.72 ($SD = 11.13$). For de metakognitive subfaktorene var det lavest gjennomsnittlig sumskåre på faktoren positive metaantagelser om bekymring, og høyest for faktoren kognitiv selvbevissthet. Gjennomsnittlig sumskåre for RSA var 5.33 ($SD = 0.77$). Av subfaktorene i RSA var det faktoren sosiale ressurser, som hadde høyest gjennomsnittlig totalskåre, mens faktoren planlagt fremtid hadde laveste gjennomsnittlige verdi.

Korrelasjonsanalyser

Tabell 2 viser korrelasjoner mellom skårer for alle skjemaer. Samtlige korrelasjoner mellom symptommålene og totalskårer for MCQ-30 og RSA var signifikante for ($p < .01$), bortsett fra totalskårer for fatigue (målt med FQ) og resiliens (målt med RSA totalskåre) som var signifikant med ($p < .05$). For symptommålene ser man moderate til høye ($+/- .30 - +/- .50$) korrelasjoner mellom skårer på angstsymptomer (målt med HADS-A), depresjon (målt med HADS-D), traumesymptomer (målt med IES-R) og fatigue. Korrelasjonen mellom skårer på angstsymptomer og traumesymptomer har den høyeste korrelasjonskoeffisienten av alle målene ($r = .74$). Skårer for resiliens (målt med RSA) er negativt korrelert med alle andre

skjemaskårer. Samtlige korrelasjoner her var også i hovedsak moderate, med noe høyere for resiliens og traumesymptomer ($r = .54$), og lavere mellom skårer for resiliens og fatigue ($r = .26$). Skårer for metakognisjoner (målt med MCQ-30) er positivt korrelert med alle symptommålene, men høyest med traumesymptomer ($r = .60$).

Regresjonsanalyser

Tabell 3 viser regresjonsanalyser for ulike prediktorer for alle symptommålene. Før regresjonsanalysene ble det utført robusthetstester. Data var normalfordelte. Vi sjekket linearitetsgrad i et effektplott, og sjekket for multikolaritet gjennom korrelasjonsmatrisen beskrevet over. Det ble ikke funnet noen innflytelsesrike uteliggere i data, og leverage (innflytelse) var i alle testene under 0,2 ($h < 0,2$) som i følge Huber (1981, i Eikemo & Clausen, 2007) er ønskelig før en regresjonsanalyse. Det ble på bakgrunn av disse testene konkludert med at vilkårene for regresjonsanalyser var oppfylt. Symptommålene HADS-D, HADS-A, IES-R og FQ ble satt som avhengige variabler i steg 1 i hver sine hierarkiske regresjonsanalyser. I samtlige regresjonsanalyser ble alder satt inn som prediktorvariabel i steg 1, spredning av kreftsykdom i steg 2, og enten MCQ totalskåre, MCQ-30 faktorer, RSA totalskåre eller RSA faktorer i steg 3. Det ble dermed utført totalt seksten separate regresjonsanalyser.

For depressive symptomer målt med HADS-D kunne modellen som inkluderte MCQ-30 totalskåre i steg 3 forklare 20.1% av variansen. MCQ-30 var prediktor ($p = .001$) for depresjonssymptomer. Modellen som inkluderte subfaktorene i MCQ-30 i steg 3 forklarte 22.8% av variansen. Av disse var tillit til egen kognisjon eneste prediktor ($p = .024$). Modellen med resiliens målt med RSA totalskåre i steg 3 forklarte 14.6% av variansen. RSA totalskåre var prediktor for depresjonssymptomer ($p = .006$). Modellen med subfaktorer i steg 3 forklarte 39.9% av variansen. Den andre resiliensfaktoren, planlagt fremtid, og sjette,

strukturert stil, var signifikante ($p = .001$) og ($p = .005$). Verken alder alene, eller alder og påvist spredning av kreftsykdom predikerte skårer på HADS depresjon i noen av analysene.

For angstsymptomer (målt med HADS-A) forklarte modellen med MCQ-30 totalskåre i steg 3 34.0% av variansen ($p = .000$). Modellen med de metakognitive subfaktorene i steg 3 forklarte 44.1% av variansen. Den tredje faktoren, tillit til egen kognisjon, var eneste signifikante prediktor i denne analysen ($p = .000$). Modellen som inkluderte RSA totalskåre i steg 3 forklarte 10.2% av variansen i angstsymptomer, og RSA var signifikant ($p = .016$). Modellen med resiliensfaktorene i steg 3 forklarte 37.1% av variansen. Av disse kunne selvsjans, planlagt fremtid og strukturert stil forklare varians i angstsymptomer ($p = .028$, $p = .031$ og $p = .009$). Verken alder alene, eller alder og påvist spredning av kreftsykdom predikerte skårer for angstsymptomer i noen av analysene.

For traumesymptomer forklarte modellen med MCQ-30 totalskåre i steg 3 44.3% av variansen i totalskåre IES-R. MCQ-30 var signifikant ($p = .000$). Modellen med de metakognitive faktorene i steg 3 forklarte 49.9% av variansen. Subskala to, negative metakognisjoner om tanker om kontrollerbarhet og fare ($p = .009$), og tre, tillit til egen kognisjon ($p = .004$) predikerte varians i totalskåre IES-R. Modellen med RSA totalskåre i steg 3 forklarte 27.2% av variansen i traumesymptomer, og RSA var prediktor for traumesymptomer ($p = .000$). Modellen med resiliensfaktorene i steg 3 forklarte 62.2% av variansen. Faktorene selvsjans ($p = .000$), planlagt fremtid ($p = .006$) og strukturert stil ($p = .000$) var signifikante. Alder og påvist spredning var ikke signifikante i noen av analysene med IES-R som avhengig variabel.

For fatiguesymptomer (målt med FQ) forklarte modellen med totalskåre på MCQ-30 i steg 3 26.6% av variansen. Påvist spredning i steg 2 var signifikant ($p = .019$) i denne modellen, og MCQ-30 totalskåre i steg 3 ($p = .000$) predikerte varians i totalskåre FQ. Modellen med MCQ-30 subskalaer i steg 3 forklarte 37.4% av variansen. Påvist spredning i

steg 2 var også signifikant i denne analysen ($p = .019$). Av subskalaene var faktor to, negative metakognisjoner om tanker om kontrollerbarhet og fare ($p = .028$), tre, tillit til egen kognisjon ($p = .026$), fire, negative antagelser om konsekvenser av å ikke kontrollere tanker ($p = .046$) og fem, kognitiv selvbevissthet ($p = .026$) signifikante. Modellen for resiliens målt med totalskåre RSA i steg 3 forklarte 15.1% av variansen i FQ totalskåre. Påvist spredning i steg 2 predikerte også i denne analysen FQ totalskåre ($p = .010$). Modellen med resiliensfaktorene i steg 3 forklarte 43.2% av variansen. Faktoren planlagt fremtid var signifikant prediktor ($p = .002$). I denne analysen kunne påvist spredning også signifikant predikere varians i totalskåre FQ ($p = .019$). Alder hadde ikke signifikant effekt i noen av analysene.

Diskusjon

Oppsummering av funn

Resultatene indikerer at pasienter med tilbakevendende prostatakreft generelt har et forhøyet nivå av psykologiske symptomer i forhold til normalpopulasjonen. Vår første hypotese ble dermed delvis bekreftet med at undergrupper av pasientene skåret over en klinisk grenseverdi for både angst-, depresjon- og traumesymptomer, samt symptomer på fatigue. Forekomsten lå høyere enn normalpopulasjonen i andre studier for alle symptom mål, unntatt for angstsymptomer. Særlig ser fatigue ut til å være et vanlig problem for denne kreftpopulasjonen, noe som samsvarer med annen litteratur (Langston et al., 2013). Vår andre hypotese ble også bekreftet, da resultatene viser at både metakognitive- og resiliensfaktorer kunne predikere skåre på samtlige av symptom målene. Hvilke faktorer som hadde prediktiv verdi varierte med symptom målene.

Depresjonssymptomer

En litteraturgjennomgang (Miller et al., 2008) konkluderte med at 15.0 - 29.0% av personer som lever med en kreftdiagnose oppfyller kriterier for en depresjon, og at depresjon derfor er tre til fem ganger vanligere i kreftpopulasjonen enn i normalpopulasjon. Dersom man også inkluderer *mulige* depresjonstilfeller avviker ikke prevalensen i denne studien fra funn i andre studier (Miller et al., 2008). Allikevel må det nevnes at prevalensen av *sannsynlige* tilfeller er noe lavere i den undersøkte prostatakreftpopulasjonen enn i studier som omhandler den generelle kreftpopulasjonen. Massie (2004) fant i sin litteraturgjennomgang at prostatakreftpasienter har noe mindre psykologiske ettervirkninger av kreftsykdommen enn pasienter med andre typer kreftsykdom. Det kan tenkes at dette har bakgrunn i at gjennomsnittet av den generelle kreftpopulasjonen har mer alvorlige behandlingsformer, symptomer og konsekvenser av disse enn prostatakreftpopulasjonen.

Blant personer over 60 år ble det i en normalpopulasjon funnet en depresjonsprevalens på ca. 17.0% (14.0% i aldersgruppen 60-69 år og 20.0% i aldersgruppen 80-89 år) (Stordal, Solhaug, Bosnes & Følstad, 2012). Dette kan bety at forekomsten for depresjon i den undersøkte prostatakreftpopulasjonen ikke avviker fra normalpopulasjonen. Det er imidlertid noen aspekter ved den norske normalpopulasjonen som gjør at funnene må tolkes med forsiktighet. For det første hadde man inkludert personer som var innlagt ved en institusjon, noe som skiller dette utvalget fra den undersøkte prostatakreftgruppen. Dette kan være et tegn på generelt bedre daglig funksjon i gruppen i vår studie. Somatisk sykdom med funksjonssvikt har sammenheng med depresjon hos eldre i normalutvalg (Stordal et al., 2012), og helse er funnet å være den variabelen som sterkest er forbundet med depresjonssymptomer (Clausen & Slagsvold, 2005).

For det andre kan det tenkes at det er forskjeller i deltagerprosent mellom vår studie og studier som undersøker forekomst i normalpopulasjonen. Svarprosent i denne studien var

55.3%, mens den i en epidemiologisk studie av norske eldre var på 67.0% (Clausen & Slagsvold, 2005). En generell helseundersøkelse fant at menn som ikke deltok i undersøkelsen hadde to og en halv gang høyere prevalens av psykiske lidelser enn de som deltok (Hansen, Jacobsen & Arnesen, 2001). Det kan derfor tenkes at depresjonsprevalensen i den undersøkte prostatakreftpopulasjonen hadde blitt høyere dersom deltagerprosenten hadde vært høyere, og at den da allikevel avviker fra en sammenlignbar kontrollgruppe.

For det tredje inkluderer forekomsten i normalpopulasjonen også data fra den kvinnelige befolkningen, som man vet fra tidligere forekomststudier har høyere prevalens av depresjon (Clausen & Slagsvold, 2005). De nevnte studiene om prevalens i normalutvalg rapporterer ikke forekomst hos menn og kvinner adskilt, selv om kjønn er funnet å predikere skåre på depresjonsmålene. Dette betyr at funn fra prostatakreftpopulasjonen i denne studien vanskelig kan sammenlignes med studier som ikke rapporterer adskilte prevalenstall for kjønnene.

Det er også forskjeller på tvers av studier med hensyn til tidsperspektivet forekomst vurderes i, da prevalensperioder med ulik varighet benyttes (Clausen & Slagsvold, 2005). Det er funnet at to-ukers prevalens av depresjon i et representativt utvalg er 1.2% for menn og 7.9% for kvinner i aldersgruppen 60-79 år (Sandanger et al., 1999). Et to-ukers prevalens estimat er sammenlignbart med HADS-D, som spør etter depresjonssymptomer den siste uken. Depresjon har over tre ganger så høy prevalens i det undersøkte prostatakreftutvalget sammenliknet med det Sandanger et al. (1999) rapporterte som to-ukers prevalens av depresjon i en lignende populasjon med henhold til demografiske variabler. Sammenlagt ser man at avvik fra normalpopulasjon må tolkes med forsiktighet, men at en betydelig andel i vårt utvalg (12.2%) utviser depresjonssymptomer, og at det i tillegg er en undergruppe som det er sannsynlig at har en klinisk depresjon (4.1%).

Angstsymptomer

I utvalget hadde 11.0% pasienter angstsymptomer over klinisk verdi, altså færre enn det som er rapportert i den mannlige normalpopulasjonen (12.5%; Rivenes et al., 2009). I følge Loge et al. (1997) synker angstnivået etter første kreftdiagnose, men forholder seg høyere enn normalpopulasjonen. Dette var ikke tilfelle for vårt utvalg, men kan tenkes å ha sammenheng med at HUNT- studien inkluderte et utvalg med større aldersspenn (gjennomsnitt 47 år for kvinner og menn samlet). Eldre menn har vist seg å ha mindre angst enn yngre menn både i normalutvalg (Spinhoven et al., 1997) og i den generelle kreftpopulasjonen (Aass, Fosså, Dahl & Aloe, 1997). Menn over 75 år har også vist seg å ha noe mindre negative reaksjoner generelt på kreftdiagnose- og behandling (De Sousa et al., 2012), som kan sees i sammenheng med at utviklingsmessige endringer i fokus og mestringsstil modererer effekten sykdommen får (Blank & Bellizi, 2008). En litteraturgjennomgang konkluderer med at subterskel angst dominerer blant den eldre normalpopulasjonen, og at 1.2% til 15.0% oppfyller kriterier for en angstlidelse (Bryant et al., 2008). Det er usikkert om subterskelsymptomer dominerer også for eldre prostatakreftpasienter, da kun terskelverdi er vurdert i denne studien. Dette kan allikevel være en mulig forklaring på den lave forekomsten av angst i forhold til HUNT-studien. Utvalget skåret også lavere enn tidligere funn av Roth et al. (1998) på prostatakreft med framskredet stadium (32,6%). Roth et al. (1998) brukte imidlertid en grenseverdi på sju, som er lavere enn verdien på åtte, som ble brukt i denne studien. Det kan derfor være en av årsakene til at forekomsten av klinisk angst var høyere. I en litteraturgjennomgang av angstlidelser blant ulike typer framskreden kreft (Miovic og Block, 2007), lå forekomsten på 2.0-14.0%. Her kan det undersøkte prostatakreftutvalget sies å ligge innenfor normalen for framskreden kreftsykdom, og muligens i det øvre sjiktet.

Studier viser at pasienter som får tilbakefall av kreft kan oppleve vanskelige symptomer, men at de gjerne er mer forberedt enn ved førstegangsdiagnose (De Sousa et al., 2012). Det kan derfor tenkes at de bekymrer seg mindre for hva som skal skje, selv om de tidligere kan ha opplevd frykt for tilbakefall, behandlingsopplegg og ettervirkninger. Kanskje har de slått seg mer til ro med sykdommen, når bekymringene faktisk ble bekreftet. Ettersom det foreligger såpass ulike prevalensestimater for ulike deler av populasjonen, kan det likevel hende at utvalget har mer angstsymptomer enn friske menn i samme aldersgruppe. Uten en ikke-klinisk kontrollgruppe er dette imidlertid vanskelig å konkludere med. Ettersom en stor del av pasientene hadde fått påvist spredning til andre organer, kan man anta at en del av dem også vil nærme seg dødelig sykdomsstadium, selv om flesteparten var polikliniske pasienter på en livsforlengende behandling. Økt alvorlighetsgrad av sykdom har blant annet blitt knyttet til vansker med eksistensielle spørsmål og større aksept for døden (Lichtenthal et al., 2009). Det er ikke funnet at angstnivå er høyere for pasienter på et dødelig stadium og i palliativ behandling, enn for polikliniske pasienter (Kolva et al., 2011). Det var riktignok forskjeller i depresjonssymptomer og om pasientene hadde et ønske om å dø. Sykdomsstadie så heller ikke ut til å virke inn på angstsymptomer i vår studie, og forekomsten av angst var lavere enn for depresjon. Vi hadde imidlertid ingen garanti for at ingen av pasientenes kreftsykdom var på dødelig stadium

Traumesymptomer

Unngåelsessymptomer var mest prevalent av de tre hovedsymptomene for PTSD, fulgt av gjenopplevelse og hyperaktivering i denne studien. Utvalget skåret i gjennomsnitt mellom skåringsalternativene “ikke i det hele tatt” og “litt” for alle de tre subskalaene, som indikerer at de ikke utviser betydelige traumesymptomer. Med tanke på at kreftsykdom kan regnes som en traumatisk hendelse, er dette funnet noe overraskende. Få andre studier ser ut til å rapportere gjennomsnittsskårer for subskalaer i IES-R som verdier fra 0-4, slik Weiss (2004)

instruerer. Dette gjør at det blir noe vanskelig å sammenlikne resultater i denne studien med annen litteratur. Gjennomsnittsverdien i denne studien må trolig også nyanseres noe, da det var en del spredning i skårer. Det kan indikere at en subgruppe allikevel skårer høyt på traumesymptomer, selv om andre skårer lavt. Dette blir tydelig når vi ser på den foreslåtte grenseverdien for posttraumatisk stresslidelse. Prevalensen for en mulig PTSD var på 17.1% med grenseverdien på 33, som ble beskrevet av Creamer et al. (2003). Dette er en god del høyere enn andre studier har funnet for prostatakreftpasienter (4.3%, Mehnert et al., 2010), ulike typer kreft på framskreden stadium (2.4%, Miovic & Block, 2007), studier som omhandler den generelle kreftpopulasjonen (5.0%, Smith et al., 1999b, Widows et al., 2000), samt livstidsprevalens i en norsk normalpopulasjon (2.6%, Amstader et al., 2013). Resultatene indikerer derfor at tilbakevendende prostatakreft kan øke risikoen for posttraumatiske symptomer. Ulik prevalens i vår og andre studier indikerer at det er et sterkt behov for mer forskning på traumesymptomer og PTSD i prostatakreftpopulasjonen. Hvis IES-R skal brukes for kreftpopulasjoner, er det trolig behov for egne psykometriske studier på slike utvalg. Både for å få mer prevalensdata på hovedsymptomene, men også for utvikling av en potensielt bedre egnet grenseverdi.

Fatigue

Det er svært få studier som omhandler prostatakreftpasienter og fatigue, og av disse er det svært få som omhandler pasienter med avansert prostatakreft og påvist spredning (Jacobsen, Donovan, Vadaparampil & Small, 2007). Dette til tross for at forskning tyder på at mer framskreden kreftsykdom er assosiert med mer fatiguesymptomer (Stone et al., 2000). Prevalensestimater i prostatakreftpopulasjonen varierer i andre studier med måleinstrument og diagnostiske kriterier som legges til grunn (Langston et al., 2013). Høyeste rapporterte forekomst i tidligere studier av fatiguesymptomer er 74.0%, mens høyeste rapporterte forekomst av kronisk fatigue er 39.0% (Langston et al., 2013). Prevalensen av betydelige

fatiguesymptomer i denne studien var 57.5% (dikotomisert skåre 4 eller mer), mens 31.3% hadde kronisk fatigue (dikotomisert skåre 4 eller mer, og varighet >6 mnd). Funn fra denne studien bekrefter dermed at fatigue er et vanlig problem for pasienter med prostatakreft, noe Langston et al. (2013) også konkluderer med i deres litteraturgjennomgang. Gjennomsnittlig totalskåre i utvalget er 15.99 ($SD = 4.59$), som er høyere enn det som ble funnet i en norsk normalpopulasjon med norske menn over 60 år (12.9, $SD = 3.8$) (Loge et al., 1998).

Prevalens av kronisk fatigue er for menn mellom 19 og 80 år er i normalpopulasjonen funnet å være 10.8%, mens for menn over 60 år var prevalensen 16.8% (Loge et al., 1998). Dette betyr at prevalensen av vedvarende fatigue blant prostatakreftpasienter i denne studien er betydelig høyere enn prevalensen i en tilsvarende normalpopulasjon.

Langston et al. (2013) konkluderer i sin litteraturgjennomgang med at fatigue er assosiert med alle typer prostatakreftbehandling, og særlig med hormonterapi. Det er også funnet at prevalensen er lavere hos pasienter som har fått en prostatakreftdiagnose, men ikke påbegynt behandling (14,3%, Goedendorp, Gielissen, Verhagen, Peters & Bleijenbergh, 2008). Det er dermed etablert en assosiasjon mellom medisinsk behandling og forekomst av fatigue, og det er grunn til å anta at kreftbehandling er medvirkende til den høye forekomsten av fatigue i dette utvalget. Allikevel tyder stabile funn på at det også er en assosiasjon mellom psykologiske faktorer som angst og depresjon, og fatigue (Andrykowski et al., 1997; Brown & Kroenke, 2009; Langston et al., 2013; Redeker et al., 2000), noe funn fra vår studie gir støtte til. Pasienter ser ofte ut til å bruke uhensiktsmessige mestringsstrategier (Langston et al., 2013), og med den høye prevalensen av fatigue i dette utvalget, kan det være hensiktsmessig at pasienter informeres om nyttige måter å mestre fatigue på.

Faktorer som predikerer psykologiske symptomer

Alder og påvist spredning ble sett på som viktige demografiske variabler for inklusjon i regresjonsanalysene. Fra et utviklingsperspektiv vil eldre mennesker ofte takle sykdom

bedre enn yngre på grunn av blant annet endret mestringsstil, til tross for komorbide plager (Blank & Bellizi, 2008). Det er derfor nærliggende å tro at aldersforskjellen innad i utvalget ville påvirke symptomtrykket, men denne effekten så ikke ut til å være tilstede i vår studie. Analysene viste at alder ikke var signifikant relatert til noen av symptommålene, som dermed gir støtte til funn av Hjemdal et al. (2006) og Hjemdal et al., (2011).

Resultatene gir ikke støtte til forskning som finner at økende alder er knyttet til økt forekomst av depresjon (Stordal et al., 2003). Det samme gjelder for angstsymptomer og tidligere funn i både normalpopulasjon (Spinhoven et al., 1997) og den generelle kreftpopulasjonen (Aass et al., 1997). Det kan tenkes at den begrensede spredningen i alder kan forklare at vi ikke har funnet noen alderseffekter her. Det er også mulig at den høye gjennomsnittsalderen i utvalget har påvirket resultatene, da eldre kan tenkes å forvente et visst funksjonstap (som under hormonterapi eller etter annen behandling) som en del av naturlig aldring. Dette kan støttes av studier som finner at effekten av alder på depresjon forsvinner når man kontrollerer for funksjonstap (Blazer, Burchett & George, 1991). Den eldre kreftpasienten kan ha tidligere erfaringer med mestring av sykdom, noe som kan bidra til å øke mestring også i møtet med kreftdiagnosen og påfølgende behandling. Dette kan støttes av resultater fra studier som tyder på at yngre kreftpasienter har større avvik fra normalpopulasjonen i forekomst av både angst og depresjons enn eldre kreftpasienter har (Hinz et al., 2010).

For traumesymptomer har tidligere forskning vist at yngre alder er en risikofaktor for PTSD (Kangas et al., 2002; Jackson et al., 2007). Dette stemte ikke med våre funn, da alder ikke kunne predikere traumesymptomer. Etersom det undersøkte utvalget utelukkende besto av voksne og eldre voksne, blir det vanskelig å trekke noen konklusjoner om lav alder som risikofaktor for PTSD hos prostatakreftpasienter. For fatigue sammenfaller resultatene med funn som tyder på at fatigue ikke forverres med alder hos kreftpasienter, til tross for at fatigue

er mer vanlig hos eldre enn yngre i normalpopulasjonen (Cella, Lai, Chang, Peterman & Slavin, 2002; Loge et al., 1998). Det kan tenkes at fatigue er knyttet til andre faktorer enn alder som det ikke er kontrollert for i studier som omhandler normalpopulasjonen, og som gjør kreftrelatert fatigue mer omfattende enn fatigue hos den generelle befolkningen. For eksempel kan hemoglobin-nivå forklare en del av forskjellene mellom fatigue hos kreftpopulasjonen og normalpopulasjonen (Cella et al., 2002), og det er grunn til å tro at også andre faktorer enn denne kan forklare de høye forekomstene av fatigue i kreftpopulasjonen.

Påvist spredning kunne heller ikke predikere noen av symptommålene, med unntak av fatigue. Dette indikerer at spredning av kreft ikke nødvendigvis fører til større psykologiske plager, og at sykdom mestres godt i dette utvalget. Dette var noe overraskende, da framskreden sykdom og smerter i forbindelse med spredning tidligere har vist seg å ha sammenheng med et høyere psykologisk symptomtrykk (Barnes & Bruera, 2002; Bennett & Badger, 2007; Bisson et al., 2002; De Sousa et al., 2012; Gerbershagen et al., 2008; Heim & Oei, 1993; Kornblith et al., 1994; Resnick & Penson, 2012; Roth et al., 1998; Smith et al., 1999a). Gjentatte stressorer som tilbakefall av sykdom har også vist seg å ha negativ påvirkning på mental helse (Kangas et al., 2002). Det er imidlertid også forskning som tyder på at det ikke er store forskjeller mellom ulike sykdomsstadier (Couper et al., 2006; Lichtenthal et al., 2009), noe resultatene fra denne studien sammenfaller med. Spredning var imidlertid en signifikant prediktor for fatigue. Det har blitt funnet svært høye forekomster av fatigue i prostatakreftpopulasjon med framskreden sykdom (Barnes & Bruera, 2002). Dette kan ha flere årsaker; at pasienter med spredning har en lengre behandlingshistorie, og at majoriteten av utvalget mottar hormonterapi, som er funnet å ha sammenheng med fatigue (Barnes & Bruera, 2002; Langston et al., 2013; Stone et al., 2000).

Metakognisjoner. Totalskåren på MCQ-30 kunne predikere varians på alle symptommålene. Dette er i samsvar med annen forskning som indikerer at høyere grad av

metakognisjoner kan settes i sammenheng med psykopatologi (Fisher & Wells, 2005; Papageorgiou & Wells, 2000; Papageorgiou & Wells, 2003; Spada, Mohiyeddini & Wells, 2008; Wells & Carter, 2001; Wells, 2009).

Metakognisjoner (målt med MCQ-30 totalskåre) predikerte grad av depresjon i utvalget. Når det gjelder de metakognitive subfaktorene var det kun kognitiv tillit som kunne predikere depresjonssymptomer. Faktor tre måler lav tillit til egen oppmerksomhet og hukommelse, og er også i andre studier funnet å spille en viktig rolle i depresjonssymptomer (Spada et al., 2008). En årsak kan være at lav tillit til egen kognisjon/hukommelse kan begrense opplevde muligheter til å velge effektive mestringsstrategier (Papageorgiou & Wells, 2003). Opplevelse av at ens hukommelse er dårlig kan gå på bekostning av fleksibel problemløsning, som er sentralt i effektiv mestring av negative emosjoner (Spada et al., 2008). Det er foreslått at lav tillit til egen kognisjon kan bidra til depresjon, men også være et biprodukt av depresjon (Papageorgiou & Wells, 2003). Data viste ingen sammenheng mellom depresjon og faktor to, negative antagelser om ukontrollerbarhet og fare, som i et normalutvalg er funnet som den sterkeste prediktor for depresjon (Spada et al., 2008). Dette kan ha flere årsaker, men en kan være fokuset i spørreskjemaet benyttet for å måle depresjon, *HADS*. *HADS' depresjonsskala* inneholder spørsmål som omhandler det å glede seg over aktiviteter og hendelser, å ha godt humør, egenpleie og opplevelse av at alt går langsommere - tema som er i stor grad knyttet til depresjon. Allikevel mangler skjemaet spørsmål som omhandler andre aspekter ved depresjon, som lav selvtillit og følelser av skyld (*10th ed., text rev.; ICD-10; World Health Organisation, 1992*). Selv om alle disse temaene er knyttet til depresjon, kan det tenkes at depressiv grubling omkring selvtillit og følelser av skyld ikke plukkes opp av *HADS-D*. Dette kan igjen forklare hvorfor noen metakognisjoner som omhandler rumineringsprosesser (for eksempel faktor to) ikke hadde signifikant påvirkning

på depresjonssymptomer. Med andre ord kan det spekuleres i om den lave prediktive verdien i flere av subfaktorene i MCQ-30 kan være knyttet til innholdsvaliditeten i HADS-D.

Metakognisjoner (målt med MCQ-30 totalskåre) kunne også predikere angstsymptomer i utvalget, og gir dermed støtte til tidligere studier (Spada, Georgiou & Wells, 2010). Resultatene bekrefter dermed at metakognitiv teori er relevant i forståelsen av angstsymptomer og -lidelser (Fisher & Wells, 2005; Spada et al., 2008; Wells & Carter, 2001). Data viste ingen signifikant sammenheng mellom angstsymptomer og faktor to i MCQ-30, negative antagelser om ukontrollerbarhet og fare, som i et normalutvalg er funnet som den sterkeste prediktor for angst (Spada et al., 2008). Denne faktoren knyttes ofte til generalisert angstlidelse og bekymring, og mer enn positive metaantagelser om bekymring (Wells, 2005). Negative antagelser om bekymring og negative antagelser om konsekvenser av å ikke kontrollere tanker er i en brystkreftpopulasjon funnet å predikere frykt for tilbakefall av kreft (Thewes, Bull & Butow, 2013). De samme to faktorene er i en studie av Spada et al. (2010) funnet å kunne predikere angstsymptomer, og det var derfor noe overraskende at ingen av disse to var signifikante i regresjonsanalysene. Derimot kunne lav kognitiv tillit predikere angstsymptomer, og data gir dermed støtte til Spada et al. (2010) som også fant at kognitiv tillit kunne predikere angstsymptomer. Avvik fra andre studier kan ha sammenheng med det lave antall respondenter som rapporterte angstsymptomer over grenseverdien i HADS (14 stk).

Metakognisjoner (målt med MCQ-30 totalskåre) predikerte grad av traumesymptomer (målt med IES-R). Dette er i tråd med den metakognitive modellen for PTSD (Wells, 2009). Når det gjelder de metakognitive subfaktorene var negative metaantagelser om bekymring og tillit til egen kognisjon signifikante. Begge disse faktorene er også i tidligere studier funnet å ha sammenheng med traumesymptomer (Roussis & Wells, 2006). Dette kan bety at dysfunksjonelle metakognisjoner som disse gir en sårbarhet for traumesymptomer, gjennom

at metakognisjoner guider prosesser som bekymring, som kan aktivere angstresponser. Angstresponser trekker oppmerksomheten vekk fra å prosessere påtrengende tanker, og blokkerer dermed for emosjonell prosessering av traumeminner (Wells, 2009). Positive metaantagelser om bekymring kunne ikke predikere traumesymptomer, noe som avviker fra Roussis og Wells' (2006) studie om metakognisjoner i forbindelse med PTSD. Resultatene gir derimot støtte til en studie av Bennett og Wells (2010) som heller ikke fant at positive antagelser om bekymring var assosiert med traumesymptomer. Avvik fra funn i andre studier om metakognisjoner og traumesymptomer kan være knyttet til tiden siden traume og type traume, men kan også ha sammenheng med demografiske variabler i den undersøkte populasjonen som skiller seg fra andre studier på temaet.

Fatigue var det eneste symptommålet som kunne predikeres av påvist spredning av kreftsykdom. Likevel forklarer metakognisjoner mer enn påvist spredning i regresjonsanalysene, noe som betyr at fokus i forskning også bør rettes mot slike faktorer, framfor påvist spredning og faktorer koblet til spredning. Et særlig interessant funn i denne studien er nettopp at fatigue kan predikeres av psykologiske faktorer, som metakognisjoner. Tidligere studier har funnet at metakognisjoner har en medierende effekt på fatiguesymptomer hos personer uten kreftsykdom (Maher-Edwards et al., 2012). Data gir dermed støtte til en slik metakognitiv forståelse av fatiguesymptomer også for kreftpasienter. I følge SREF-modellen vil metakognisjoner guide prosesser som depressiv grubling og bekymring (Wells, 2009). Det er funnet at depressiv grubling og bekymring hos fatiguepasienter uten kreft er sentrert rundt det å finne årsaken til og fremtidige løsninger på fatigue (Maher-Edwards 2012). Det kan tenkes at dette også er sentrale kognitive prosesser knyttet til fatigue hos kreftpasienter.

Når det gjelder de metakognitive subfaktorene var samtlige signifikante, med unntak av faktor en, positive metaantagelser om bekymring. Det er i tidligere forskning funnet at

positive metaantagelser kan predikere alvorlighet i fatiguesymptomer, men bare den mentale subskalaen av Chalder Fatigue Questionnaire (Maher-Edwards, Fernie, Murphy, Wells & Spada, 2011). Da vi i denne studien ikke har inkludert underfaktorene mental og fysisk fatigue i analysene, er det uklart om våre funn støtter resultatene i den nevnte studien. Det er imidlertid mye som tyder på at det er andre faktorer enn positive metaantagelser om bekymring som har størst innvirkning på fatigue hos prostatakreftpasienter. Negative metaantagelser om bekymring kunne predikere fatiguesymptomer. Dette betyr at prostatakreftpasienter med fatigue hadde antagelser om at det å bekymre seg kunne på noe vis være farlig eller skadelig for dem (Wells, 2009). Lav kognitiv tillit kunne også predikere fatiguesymptomer, en faktor som tidligere er funnet å ha sammenheng med lavere funksjonsnivå på grunn av fysiske eller emosjonelle problemer hos personer med fatigue (Maher-Edwards et al., 2011). Negative antagelser om konsekvenser av å ikke kontrollere tanker kunne også predikere fatiguesymptomer. Dette sammenfaller med funn fra personer med fatigue uten kreftsykdom (Maher-Edwards et al., 2011). Kognitiv selvbevissthet, som handler om det å ha oppmerksomheten rettet mot egne tankeprosesser, var også signifikant i vårt utvalg. Dette kan støttes av funn som tyder på at fatiguepasienter har et forhøyet selvfokus (Maher-Edwards et al., 2012). Resultatene indikerer at dysfunksjonelle metakognisjoner kan gi en sårbarhet for fatiguesymptomer som slitenhet, utmattethet, manglende initiativ, følelse av svakhet og konsentrasjonsvansker. Funnene sammenfaller godt med metakognitiv teori. KOS, gjennom repeterende tankestiler, forsøk på å kontrollere tanker, og fokus på kognitive prosesser (som hukommelse), legger press på oppmerksomhetsressurser og mental regulering og -fungering (Maher-Edwards et al., 2012).

Sammenlagt gir resultatene støtte til en hypotese om at dysfunksjonelle metakognisjoner kan predikere symptomer på psykopatologi, og gir støtte en metakognitiv forståelse av depresjon-, angst-, traume-, og fatiguesymptomer.

Resiliens og motgang. Totalskårer for resiliens (målt med RSA) var som ventet negativt korrelert med grad av symptomer. Totalskårer for RSA kunne også predikere angstsymptomer, depresjonssymptomer og traumesymptomer, men ikke fatigue. Funnene er i tråd med annen litteratur på symptomer på depresjon (Edward, 2005; Hjemdal, Friborg & Stiles, 2012; Hjemdal et al., 2006; Sharpley et al., 2013), angst (Hjemdal et al., 2006; Werner & Smith, 1992) og mestring av traumatiske hendelser (Bonnanno, 2005). Resiliens var sterkest korrelert med totalskårer på IES-R av alle symptommålene, som indikerer at resiliens er særlig assosiert med grad av traumesymptomer. Resiliensnivå var altså ingen signifikant prediktor for fatiguesymptomer. Strauss et al. (2007) fant at resiliens predikerte fatiguesymptomer hos pasienter som enda ikke hadde gjennomgått strålebehandling, men at denne effekten forsvant ved måling etter behandling. Vårt utvalg var i hovedsak i en senere sykdomsfase, der flere hadde vært igjennom ulike former for behandling. I henhold til Strauss et al.s (2007) funn er det mulig at resiliens ville vært en sterkere prediktor blant pasienter i en tidligere sykdomsfase.

Resultatene er i tråd med tidligere funn som indikerer at visse egenskaper kan bremse negative psykologiske konsekvenser i møte med stressende livshendelser (Rutter, 2012; Sharpley et al., 2013). Resiliensfaktorene planlagt fremtid og strukturert stil var prediktorer for både depresjonssymptomer, angstsymptomer og traumesymptomer. Dette impliserer felles underliggende beskyttelsesfaktorer for slike symptomer, som også kan bidra til kunnskap om komorbiditet blant psykiske lidelser (De Sousa et al., 2012; Kessler et al., 1995). Planlagt fremtid har også tidligere vist seg å kunne predikere psykologiske symptomer (Hjemdal et al., 2006). I en kreftpopulasjon kan denne faktoren tenkes å henge sammen med et positivt syn på fremtiden, sammen med mindre usikkerhet. Parry (2003) så at usikkerhet i forhold til sykdom ikke bare var negativt, men også kunne føre til at pasienter med tiden ble tryggere på hvilke prioriteringer de ønsket å gjøre i hverdagen. Dette indikerer at pasienter

med tidligere sykdomshistorie takler usikkerhet rundt fremtiden bedre, fordi de har lært å tilpasse seg en hverdag med mindre kontroll.

Vi har ikke klart å finne andre studier der faktoren strukturert stil har vært signifikant prediktor for psykopatologi. Strukturert stil innebærer evne til organisering, preferanse for planlegging, strukturering og rutiner i hverdagen (Friborg et al., 2003). Både planlagt fremtid og strukturert stil kan sees på som motsigelser til depressive symptomer som mangel på tiltak og et negativt syn på fremtiden. Det er derfor ikke rart at disse kan tenkes å fungere som beskyttende faktorer for depresjon, noe som støtter opp om annen forskning som så en sammenheng mellom depresjon og redusert evne til gjennomføring av planer (Nezlek, 2001). Denne evnen vil trolig også spille en rolle for bekymring, påtrengende minner og unngåelse av angstfremmende stimuli. Generelt sett vil trolig egenskapene som inngår i faktorene planlagt fremtid og strukturert stil bidra til mer forutsigbarhet og en følelse av kontroll i hverdagen, til tross for at pasientene lider av potensielt dødelig sykdom.

Planlagt fremtid var den eneste resiliensfaktoren som var signifikant prediktor for fatiguesymptomer. Denne faktoren innebærer også evne til å sette seg oppnåelige mål og å ha et positivt blikk på hverdagen (Hjemdal et al., 2006). Dette kan være et ekstra viktig poeng for potensielt dødssyke pasienter. Faktoren selvpersepsjon var kun signifikant prediktor for traumesymptomer, og denne faktoren innebærer hvilket syn respondenten har på egne evner i møte med motgang (Friborg et al., 2003). Dette kan tenke seg å henge sammen med aktiv mestring av sykdom, i motsetning til å bruke for eksempel en unngåelsesstrategi. Hvis man har tro på at man skal klare å takle motgang, innebærer det også en viss oppfatning av kontroll. Da blir det trolig mindre behov for å unngå å tenke på problemet eller å unngå stimuli som vekker ubehag. Hverken sosial støtte, sosial kompetanse eller familiesamhold var alene signifikante prediktorer for noen av symptommalene. Dette står i motsetning til

blant annet tidligere studier av sosial kompetanse og depressive symptomer (Hjemdal et al., 2006).

Studier har vist at intrapersonlige resiliensfaktorer som selvpersepsjon, planlagt fremtid, sosial kompetanse og strukturert stil er sterkere relatert til dårlig psykisk helse (Friborg et al., 2003; Hjemdal et al. 2006), som til dels støttes av resultatene. Disse faktorene indikerer gjerne personlige ressurser som mestringstro, selvtillit, organiserte mestringsstrategier og positive sosiale evner (Friborg et al., 2006). Interpersonlige faktorer som familiesamhold og sosiale ressurser sier noe om tilgjengelighet til ekstern hjelp og støtte (Friborg et al., 2006). Utvalget bestod utelukkende av menn, som i tidligere studier har vist seg å rapportere færre interpersonlige egenskaper enn kvinner (Werner & Smith, 2001). Eldre voksne har også vist seg å være sterkere på emosjonell regulering og problemløsning enn for eksempel sosial støtte (Gooding et al., 2012). Med tanke på at eldre voksne må takle tap av venner og bekjente på grunn av aldring, er dette også i tråd med utviklingsteoretiske mål og behov (Erikson & Erikson, 1997).

Styrker og begrensninger

Inklusjonskriteriene vi satte for utvalget var basert på medisinske og etiske betraktninger. Man hadde derimot ingen garanti for forventet levetid, og en av pasientene døde før datainnsamling fant sted. Valget om å sende ut skjema per post ble tatt i samråd med overlege ved Kreftavdelingen for å nå ut til flest mulig pasienter, men også av økonomiske og tidsmessige årsaker. Eldre respondenter, kreftsykdom med spredning og sensitivt innhold generelt har vist seg å føre til lavere responsrate på spørreundersøkelser (Edwards et al., 2002; Kelly, Frazee & Hornik, 2010). I denne undersøkelsen var responsraten på 55.3%, noe som var høyt for denne gruppen. I oppfølgingsrunden som ble gjennomført per telefon, var rapporterte årsaker til manglende deltakelse nettopp emosjonell belastning, samt sykdom og manglende interesse for studien. Det kan tenkes at en del av de dårligste pasientene av ulike

årsaker valgte å ikke delta i studien, som kan ha ført til en kunstig lav forekomst av symptomer. For eksempel kan depressive symptomer som lavt energinivå og mangel på tiltak tenkes å ha påvirket motivasjon til å delta. Dette støttes av en studie som fant at personer som ikke besvarte en generell helseundersøkelse hadde to og en halv ganger høyere prevalens av psykiske lidelser enn de som deltok (Hansen et al., 2001). Det lave antallet respondenter som rapporterte tidligere psykiske lidelser kan også skyldes at de med mest psykologiske symptomer ikke har besvart undersøkelsen. Skjevhet kan imidlertid også ha oppstått andre veien, dersom pasienter som med generell god fysisk og psykisk helse ikke deltok på grunn av lav opplevd personlig relevans. Personlighet kan også ha spilt inn på rapportert symptomtrykk i utvalget. Høy skåre på nevrotisisme har blant annet vært knyttet til utvikling av depresjon etter stressende livshendelser (Kendler, Kuhn & Prescott, 2004). Vi har ikke undersøkt personlighet som variabel i denne studien, noe som kunne ha styrket studien ytterligere.

En del av pasientene hadde tydelig fått hjelp til utfylling av skjema, kanskje har også flere hatt behov for dette. Ideelt sett skulle vi helst ha vært personlig tilstede for å besvare eventuelle spørsmål, også som støtte til samtale rundt potensielt vanskelige tema. Dette ble riktignok problematisk, da pasientgruppen i hovedsak er hjemmeboende og ikke nødvendigvis går til hyppig kontroll. Ettersom det var frivillig å delta i studien og den omhandler en sårbar gruppe, ble det heller ikke utført mer enn én forespørsel per telefon om deltagelse etter utsendelse av spørreskjema. Selvutfylling som metode vil også alltid kunne bli påvirket av sosial ønskelighet, konteksteffekter, selvrappport-bias og dårlig gjenhenting av tidligere hendelser, som kan ha påvirket utfyllingen av skjemaene.

En av de store begrensningene med studien er mangel på en ikke-klinisk kontrollgruppe. Utvalget besto av menn med gjennomsnittsalder på 72.8 år ($SD = 7.11$). Vanlig alderdom fører med seg en del fysiske forandringer og eventuell sykdom som kan

være vanskelig å skille fra spesifikke kreftrelaterte plager. Dette kan tenkes å ha ført til både overrapportering og underrapportering av symptomer som følge av prostatakreft. Variasjon i demografiske variabler og sykdomshistorie som ikke ble inkludert i analysene kan også ha ført til slik skjevhet i resultatene. Uten et stort antall respondenter er det vanskelig å si noe sikkert om hva som skiller et utvalg fra en normalpopulasjon. Særlig blir mangelen på et ikke-klinisk utvalg problematisk når eksisterende prevalensestimater for psykologiske vansker i normalpopulasjonen ikke gjennomgående oppgir egne forekomstdata for menn og for eldre. I vårt tilfelle brukte vi spørreskjemaer med bestemte eller tilnærmede grenseverdier, som gjorde at vi kunne si noe om graden av symptomtrykk blant pasientene.

Skjemapakken var på 12 sider. Lengde på spørreundersøkelser har vist seg å være en viktig faktor for responsrate (Edwards et al., 2002), og man kunne ha kortet ned mengden for å øke antallet for respondenter. Dette ville riktignok ført til mindre utfyllende data, noe som ikke var ønskelig da utvalget omhandlet en gruppe pasienter som har fått særlig lite oppmerksomhet i forskningslitteraturen. Det var heller ikke ønskelig å begrense muligheter for videre analyser utover denne studien. Vi valgte bevisst relativt korte skjema for de ulike symptomgruppene for slik å begrense utfyllingstid. Alle skjemaene vi brukte er velbrukte og anerkjente som reliable og valide fra tidligere studier. Det har riktignok vært ulike meninger om faktorstrukturen for IES-R og hvordan man skal rapportere skårer for å sammenlikne med diagnosespesifikke mål på PTSD (Beck et al., 2008; Creamer et al., 2003). Vi valgte å inkludere totalskårer med grenseverdi for å si noe om prevalens av mulig PTSD, til tross for at Weiss (2004) selv ikke anbefaler bruken av IES-R til dette. Vi hadde imidlertid ikke mulighet til å gjøre en mer korrekt klinisk vurdering av PTSD i denne studien. Grenseverdien vi brukte (Creamer et al., 2003) er strengere enn den andre studier har benyttet (Asukai et al., 2002; Rash et al., 2008). Litteraturen har dessuten vist at IES-R kan diskriminere mellom

personer med påvist PTSD og friske kontroller både gjennom rapportering av subskalagjennomsnitt og totalskårer (Beck et al., 2008; Creamer et al., 2003).

Beck et al. (2008) peker på at tidsperspektivet også er viktig i vurdering av PTSD, og at det kan være problematisk å vurdere symptomer etter livshendelser langt tilbake i tid. Ulike tidspunkt siden den traumatiske hendelsen kan også tenkes å ha påvirket variasjonen i symptomtrykk blant pasientene. For å kunne stille en PTSD-diagnose i DSM-IV må det ha gått minst seks måneder siden traumet (American Psychiatric Association, 2000). Vi har ikke kontrollert for tidspunkt for kreftdiagnose eller tilbakefall, som dermed utgjør en potensiell svakhet ved denne studien. Dette var riktignok ikke hovedmålet vårt, da vi først og fremst var ute etter å gjøre en generell screening for symptomer og symptomtrykk. Forskning viser at det kan være særlig vanskelig å vurdere traumesymptomer blant kreftpopulasjoner, ettersom stressorer kan være utydelige (Kangas et al., 2002). For IES-R sier Weiss (2004) at forskere selv kan vurdere hvordan man skal formulere en traumatisk hendelse, men at det er problematisk å bruke en definisjon som ikke begrenser besvarelsen til en spesifikk hendelse. Vi ønsket likevel ikke å legge føringer for hvilken stressor pasientene skulle "velge", ettersom de har vært igjennom flere faser av diagnose og behandling, og lever med livstruende kreftsykdom idag. Dette kan likevel ha påvirket besvarelsene, gjennom at pasientene ble usikre på hvilken hendelse de skulle forholde seg til, eller at de valgte ulike stressorer som utgangspunkt. Det er mulig at IES-R i såfall ikke er det beste målet for en kreftpopulasjon med lang og potensiell heterogen sykehistorie.

Det er også andre potensielle metodiske begrensninger som må nevnes. Denne studien har et tverrsnittsdesign, og kan ikke trekke kausale slutninger når det gjelder forholdet mellom symptomsmål, og faktorer knyttet til metakognisjon og resiliens. Generelt sier regresjon på tverrsnittsdesign noe om statistisk prediksjon, men vi kan ikke vite noe om retningen på prediksjonene fordi variablene er målt på samme tidspunkt. De blir egentlig

partielle korrelasjoner. Likevel gir våre analyser en viktig indikasjon på det psykologiske bildet til en populasjon det foreligger lite forskning på i dag. Det finnes også prospektive studier vi kan trekke fram i denne sammenhengen, som tyder på at metakognisjoner (Yılmaz , Gençöz & Wells, 2011) og resiliens (Hjemdal et al., 2006) kan spille kausale roller i psykopatologi. Dette kan tyde på at funnene kan ha kausal verdi, og at våre resultater ville ha vært de samme i et prospektivt design. Denne studien bidrar også til å rette søkelys på mulige beskyttende faktorer mot psykiske symptomer blant kreftpasienter, som har blitt etterlyst i andre studier (Hou & Lam, 2013).

Signifikante korrelasjoner viste jevnt over moderate til høye korrelasjonskoeffisienter, men ikke så høye at man kan anta multikolaritet mellom noen av målene. Det hadde vært interessant å inkludere flere variabler som fra tidligere forskning på kreftpasienter synes å være relevante når det gjelder psykologiske vansker hos denne gruppen. Antall variabler inkludert i regresjonsanalysene hadde derimot da ikke passet med Greens (1991) beregninger for stabile regresjoner. Spredning i skårer på for eksempel traumesymptomer og metakognisjoner impliserer at utvalget ikke er homogent i forhold til symptomtrykk. Dette understreker videre behovet for å se nærmere på andre variabler som kan forklare ulik grad av vansker. Dette gjelder særlig tidligere psykisk sykdom (Pirl et al., 2002), type behandling, fysiske ettervirkninger av behandling (Ullrich et al., 2003), tidspunkt for diagnose (Gustafsson et al., 1995) og andre spesifikke fysiske symptomer (Smith et al., 1999a; Bennett & Badger, 2007). Inklusjon av disse variablene ville ha styrket studien, men rammene for regresjonsanalyser ville da ikke blitt oppfylt, med tanke på utvalgsstørrelsen. Det er også viktig å påpeke at kun tre personer i utvalget rapporterte tidligere psykisk sykdom, og at analysene derfor ikke ville gitt noen klare resultater.

De fleste som utviser psykologiske symptomer på depresjon angst og traumer i denne undersøkelsen, gjør dette på milde nivå. Mye tyder på at for eksempel depresjon forstås best

som en kontinuerlig variabel (Lewinsohn, Seeley, Solomon & Zeiss, 2000). Konsistente funn de siste tiår viser at også subterskel depressive symptomer kan assosieres med funksjonstap eller psykososial dysfunksjon (Lewinsohn et al., 2000). Ved bruk av grenseverdier kan man si noe om hvilke pasienter som har kliniske nivåer av symptomer. Man risikerer samtidig å ekskludere de med betydelige vansker, men som ikke har “riktig” sammensetning av symptomer eller symptomtrykk. Hvis man hadde inkludert skårer for et subklinisk nivå, for eksempel like under grenseverdi, ville kanskje andelen med angst-, depresjon-, traume- og fatigue-symptomer vært større. Med fare for å overvurdere psykologiske vansker i en populasjon, ville dette kanskje også samtidig fanget opp flere som hadde behov for hjelp.

I fremtiden ser vi for oss at det hadde vært spennende å utvide studien til å inkludere større utvalg, kontrollgruppe og flere variabler til analysen for å se nærmere på denne pasientgruppen. Oppfølging av de samme pasientene ved et senere tidspunkt kunne også vært interessant for å se på eventuelle endringer i symptomtrykk over tid. En slik studie ville likevel vært problematisk i forhold til forventet levetid for en del av pasientene, og ikke minst høy alder.

Kliniske implikasjoner

Det er flere kliniske implikasjoner for denne studien. Til tross for stor framgang på det medisinske feltet, er ikke kurativ behandling en mulighet for mange prostatakreftpasienter. Mange mottar livsforlengende behandling, og kan derfor likevel leve lenge med sykdommen. Disse må forholde seg til potensielle ettervirkninger over tid. Det er derfor særlig viktig å fokusere på pasientenes psykologiske tilstand for å gjøre livet deres best mulig. I denne studien rapporteres forekomst av psykologiske symptomer hos en populasjon som til nå er lite beskrevet i den empiriske litteraturen. Til tross for at de aller fleste i dette utvalget ikke har alvorlige psykologiske vansker, er det undergrupper som utviser psykologiske vansker i en slik grad at det går ut over deres funksjonsnivå. Ettersom

psykologiske vansker også kan føre til både dårligere overholdelse til behandling og økt bruk av helsetjenester, vil dette være viktig for ikke bare pasienten, men også for helsevesenet.

I tillegg til å rette søkelyset mot omfang av psykologiske symptomer spesifikt i prostatakreftpopulasjonen, kan denne undersøkelsen være et bidrag i forståelsen av underliggende faktorer som spiller en rolle ved fatigue og psykologiske vansker som depresjon-, angst- og traumeproblemer. Data indikerer nytten av å bruke metakognitive modeller i forståelsen og behandlingen av slike symptomer. Metakognitive intervensjoner er korte og løsningsorienterte (Wells, 2009) og er da særlig relevante for denne gruppen, med tanke på at de lever med livstruende sykdom. Indre og ytre ressurser vil kunne styrke pasienten i motgangstider, men til nå har det vært lite fokus på resiliens i forhold til behandling (Strauss et al., 2007). Resultatene indikerer at det kan være nyttig å gå nærmere inn i hvilken grad av resiliensfremmende faktorer som finnes i pasientenes liv. Ved å identifisere og arbeide med konkrete faktorer som kan redusere eller hindre psykopatologi, kan klinikerne hjelpe pasienten å mestre kreftsykdommen på adaptive måter.

Konklusjon

Majoriteten av pasienter med tilbakevendende prostatakreft har ikke betydelige psykiske vansker. Likevel opplever noen å få økte nivåer av depresjon-, angst-, traume- og fatiguesymptomer. Resultatene viste også at graden av slike symptomer kunne predikeres av metakognitive- og resiliensfremmende faktorer. Slik blir studien et bidrag i forståelsen av psykopatologi i seg selv, og hva grunnleggende kognisjoner, og risiko- og beskyttelsesfaktorer i psykiske lidelser kan være. Ulik prevalens i vår og andres studier underbygger behovet for mer forskning på prostatakreftpopulasjonen. Dette gjelder særlig på faktorer som kan bidra til, eller opprettholde psykologiske symptomer.

Referanser

- Aass, N., Fosså, S. D., Dahl, A. A., & Aloe, T. J. (1997). Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. *European Journal of Cancer*, 33, 1597-1604. doi: 10.1016/S0959-8049(97)00054-3
- Admiraal, J. M., Reyners, A. K., & Hoekstra-Weebers, J. E. (2012). Do cancer and treatment type affect distress? *Psycho-Oncology*. Advance online publication. doi: 10.1002/pon.3211
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., . . . Vollebergh, W. A. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum* (420), 21-27. doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Amstadter, A., Aggen, S., Knudsen, G., Reichborn-Kjennerud, T., & Kendler, K. (2013). Potentially traumatic event exposure, posttraumatic stress disorder, and Axis I and II comorbidity in a population-based study of Norwegian young adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(2), 215-223. doi: 10.1007/s00127-012-0537-2
- Andrykowski, M., Carpenter, J., Greiner, C., Altmaier, E., Burish, T., Antin, J., . . . Henslee-Downey, P. (1997). Energy level and sleep quality following bone marrow transplantation. *Bone marrow transplantation*, 20, 669-679. doi:10.1038/sj.bmt.1700949
- Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., . . . Nishizono-Maher, A. (2002). Reliability and validity of the Japanese-language version of the

- impact of event scale-revised (IES-R-J): four studies of different traumatic events. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 175-182. doi: 10.1097/00005053-200203000-00006
- Aziz, N. M. (2007). Late effects of cancer treatments. *Cancer Survivorship*, 54-76. doi: 10.1007/978-0-387-68265-5_6
- Aziz, N. M., & Rowland, J.H. (2003). Trends and advances in cancer survivorship research: challenge and opportunity. *Seminars in Radiation Oncology* 13, 248-266. doi: 10.1016/S1053-4296(03)00024-9
- Baker, F., Denniston, M., Smith, T., & West, M. M. (2005). Adult cancer survivors: how are they faring? *Cancer*, 104, 2565-2576. doi: 10.1002/cncr.21488
- Barnes, E. A., & Bruera, E. (2002). Fatigue in patients with advanced cancer: A review. *International Journal of Gynecological Cancer*, 12, 424-428. doi: 10.1046/j.1525-1438.2002.t01-1-01147.x
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, J. G., Grant, D. M., Read, J. P., Clapp, J. D., Coffey, S. F., Miller, L. M., & Palyo, S. A. (2008). The impact of event scale-revised: psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 187-198. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.02.007
- Beekman, A., Copeland, J., & Prince, M. J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 307-311. doi: 10.1192/bjp.174.4.307
- Bennett, G., & Badger, T. A. (2005). Depression in Men With Prostate Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32, 545-556. doi: 10.1188/05.ONF.545-556

- Bennett, H., & Wells, A. (2010). Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 318-325.
doi:10.1016/j.janxdis.2010.01.004
- Bisson, J. I., Chubb, H. L., Bennett, S., Mason, M., Jones, D., & Kynaston, H. (2002). The prevalence and predictors of psychological distress in patients with early localized prostate cancer. *BJU International, 90*, 56-61. doi: 10.1046/j.1464-410X.2002.02806.x
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale - An updated literature review. *Journal of psychosomatic research, 52*(2), 69-78. doi: 10.1016/S0022-3999(01)00296-3
- Blank, T. O., & Bellizzi, K. M. (2008). A gerontologic perspective on cancer and aging. *Cancer, 112*, 2569-2576. doi: 10.1002/ncr.23444
- Blazer, D., Burchett, B., & George, L. K. (1991). The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *Journal of Gerontology, 46*, 210-215. doi: 10.1093/geronj/46.6.M210
- Bloch, S., Love, A., Macvean, M., Duchesne, G., Couper, J., & Kissane, D. (2007). Psychological adjustment of men with prostate cancer: a review of the literature. *Biopsychosocial Medicine, 1*, 1-14. doi: 10.1186/1751-0759-1-2
- Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the Face of Potential Trauma. *Current Directions in Psychological Science, 14*, 135-138. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00347.x
- Brown, L. F., & Kroenke, K. (2009). Cancer-Related Fatigue and Its Associations With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Psychosomatics, 50*, 440-447. doi: 10.1016/S0033-3182(09)70835-7
- Brunault, P., Suzanne, I., Trzepidur-Edom, M., Garaud, P., Calais, G., Toledano, A., & Camus, V. (2013). Depression is associated with some patient-perceived cosmetic

- changes, but not with radiotherapy-induced late toxicity, in long-term breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22(3), 590-597. doi: 10.1002/pon.3038
- Bryant, C., Jackson, H., & Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 109, 233-250. doi: 10.1016/j.jad.2007.11.008
- Carlson, L. E., & Bultz, B. D. (2003). Cancer distress screening: Needs, models, and methods. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 403-409. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00514-2
- Carroll, B. T., Kathol, R. G., Noyes Jr, R., Wald, T. G., & Clamon, G. H. (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *General Hospital Psychiatry*, 15, 69-74. doi: 10.1016/0163-8343(93)90099-A
- Carver, C. S. (1998). Resilience and Thriving: Issues, Models, and Linkages. *Journal of Social Issues*, 54, 245-266. doi: 10.1111/j.1540-4560.1998.tb01217.x
- Cella, D., Lai, J. S., Chang, C. H., Peterman, A., & Slavin, M. (2002). Fatigue in cancer patients compared with fatigue in the general United States population. *Cancer*, 94, 528-538. doi: 10.1002/cncr.10245
- Cella, D. D. F., Mahon, S. M., & Donovan, D. M. I. (1990). Cancer recurrence as a traumatic event. *Behavioral Medicine*, 16, 15-22. doi: 10.1080/08964289.1990.9934587
- Chalder, T., Berelowitz, G., Pawlikowska, T., Watts, L., Wessely, S., Wright, D., & Wallace, E. P. (1993). Development of a fatigue scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 147-153. doi: 10.1016/0022-3999(93)90081-P

- Clausen, S. E. Slagsvold, B. (2005). Aldring og depressive symptomer: En epidemiologisk studie. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 779-784. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/>
- Cleare, A. J., Bearn, J., Allain, T., McGregor, A., Wessely, S., Murray, R. M., & O'Keane, V. (1995). Contrasting neuroendocrine responses in depression and chronic fatigue syndrome. *Journal of Affective Disorders*, 34(4), 283-289. doi: 10.1016/0165-0327(95)00026-J
- Coughlin, S. S. (2008). Surviving cancer or other serious illness: a review of individual and community resources. *CA: Cancer Journal for Clinicians*, 58, 60-64. doi: 10.3322/ca.2007.0001
- Couper, J. W., Bloch, S., Love, A., Duchesne, G., Macvean, M., & Kissane, D. W. (2006). The psychosocial impact of prostate cancer on patients and their partners. *Medical Journal of Australia*, 185(8), 428-432. Hentet fra <https://www.mja.com.au/>
- Couper, J. W., Love, A. W., Dunai, J. V., Duchesne, G. M., Bloch, S., Costello, A. J., & Kissane, D. W. (2009). The psychological aftermath of prostate cancer treatment choices: a comparison of depression, anxiety and quality of life outcomes over the 12 months following diagnosis. *Medical Journal of Australia*, 190(7), 86-89. Hentet fra <https://www.mja.com.au/>
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1489-1496. doi: 10.1016/j.brat.2003.07.010
- Dale, W., Bilir, P., Han, M., & Meltzer, D. (2005). The role of anxiety in prostate carcinoma. *Cancer*, 104, 467-478. doi: 10.1002/cncr.21198
- Davies, & Higginson. (2004). *The solid facts: palliative care*. Denmark: World Health Organization Europe. Hentet 04.19, 2013, fra <http://www.euro.who.int/en/home>

- Davis, R. N., & Valentiner, D. P. (2000). Does meta-cognitive theory enhance our understanding of pathological worry and anxiety? *Personality and Individual Differences, 29*, 513-526. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00211-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00211-1)
- Davison, B. J., & Degner, L. F. (1997). Empowerment of men newly diagnosed with prostate cancer. *Cancer nursing, 20*, 187-196. doi: 10.1111/j.1464-410X.2004.04553.x
- De Sousa, A., Sonavane, S., & Mehta, J. (2012). Psychological aspects of prostate cancer: a clinical review. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases, 15*, 120-127. doi: 10.1038/pcan.2011.66
- DeFlorio, M. L., & Massie, M. J. (1995). Review of depression in cancer: Gender differences. *Depression, 3*, 66-80. doi: 10.1002/depr.3050030112
- Deimling, G. T., Bowman, K. F., Sterns, S., Wagner, L. J., & Kahana, B. (2006). Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology, 15*, 306-320. doi: 10.1002/pon.955
- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M., . . . Carnicke Jr, C. L. M. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA: the Journal of the American Medical Association, 249*, 751-757. doi: 10.1001/jama.1983.03330300035030.
- Edge, S. B., & Compton, C. C. (2010). The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. *Annals of surgical oncology, 17*, 1471-1474. doi: 10.1245/s10434-010-0985-4
- Edward, K. (2005). Resilience: A protector from depression. *Journal of the American psychiatric nurses association, 11*, 241-243. doi: 10.1177/1078390305281177
- Edwards, P., Roberts, I., Clarke, M., DiGuseppi, C., Pratap, S., Wentz, R., & Kwan, I. (2002). Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *BMJ, 324*, 1183. doi: 10.1136/bmj.324.7347.1183

- Eid, J., Larsson, G., Johnsen, B. H., Laberg, J. C., Bartone, P. T., & Carlstedt, B. (2009). Psychometric properties of the Norwegian Impact of Event Scale-revised in a non-clinical sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, *63*, 426-432. doi: 10.1080/08039480903118190
- Eikemo T. A., & Clausen T. H. (2007), *Kvantitativ analyse med SPSS en praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker* (1.utg.). Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Engel, G. L. (1981). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *Journal of Medicine and Philosophy*, *6*, 101-124. doi: 10.1093/jmp/6.2.101
- Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1997). *The life cycle completed*. New York: W.W. Norton.
- Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V., & Saul, J. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *British Journal of Cancer*, *84*, 1011. doi: 10.1054%2Fbjoc.2001.1724
- Fisher P., & Wells A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: a test of the metacognitive model. *Behaviour Research & Therapy*, *43*, 821-829. doi: 10.1016/j.brat.2004.09.002
- Fosså, S. D., Dahl, A. A., & Loge, J. H. (2003). Fatigue, anxiety, and depression in long-term survivors of testicular cancer. *Journal of clinical oncology*, *21*, 1249-1254. doi: 10.1200/JCO.2003.08.163
- French-Rosas, L. N., Moye, J., & Naik, A. D. (2011). Improving the Recognition and Treatment of Cancer-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*®, *17*(4), 270-276 210.1097/1001.pra.0000400264.0000430043.ae.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Martinussen, M., & Rosenvinge, J. H. (2009). Empirical Support for Resilience as More than the Counterpart and Absence of Vulnerability and Symptoms of Mental Disorder. *Journal of Individual Differences*, *30*, 138-151. doi: 10.1027/1614-0001.30.3.138

- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *12*, 65-76. doi: 10.1002/mpr.143
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., Aslaksen, P. M., & Flaten, M. A. (2006). Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of psychosomatic research*, *61*, 213-219. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.12.007
- Gerbershagen, H. J., Özgür, E., Straub, K., Dagtekin, O., Gerbershagen, K., Petzke, F., . . . Sabatowski, R. (2008). Prevalence, severity, and chronicity of pain and general health-related quality of life in patients with localized prostate cancer. *European Journal of Pain*, *12*, 339-350. doi: 10.1016/j.ejpain.2007.07.006
- Goedendorp, M., Gielissen, M., Verhagen, C., Peters, M., & Bleijenberg, G. (2008). Severe fatigue and related factors in cancer patients before the initiation of treatment. *British Journal of Cancer*, *99*, 1408-1414.
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *27*, 262-270. doi: 10.1002/gps.2712
- Gotay, C. C., Isaacs, P., & Pagano, I. (2004). Quality of life in patients who survive a dire prognosis compared to control cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *13*, 882-892. doi: 10.1002/pon.808
- Gray, R. E., Fitch, M., Phillips, C., Labrecque, M., & Fergus, K. (2000). To tell or not to tell: patterns of disclosure among men with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, *9*, 273-282. doi: 10.1002/1099-1611(200007/08)9:4<273::AID-PON463>3.0.CO;2-F
- Green, S. B. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis. *Multivariate behavioral research*, *26*, 499-510. doi: 10.1207/s15327906mbr2603_7

- Gurevich, M., Devins, G. M., & Rodin, G. M. (2002). Stress Response Syndromes and Cancer: Conceptual and Assessment Issues. *Psychosomatics*, *43*, 259-281. doi: 10.1176/appi.psy.43.4.259
- Gustafsson, O., Theorell, T., Norming, U., Perski, A., Öhström, M., & Nyman, C. (1995). Psychological reactions in men screened for prostate cancer. *British Journal of Urology*, *75*, 631-636. doi: 10.1111/j.1464-410X.1995.tb07422.x
- Hagen, R., Johnson, S. U., Rognan, E., & Hjemdal, O. (2012). Mot en felles grunn: En transdiagnostisk tilnærming til psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *49*(3), 247 - 252. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/>
- Hankin, B. L., & Abela, J. R. Z. (2005). *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective*: California: SAGE Publications, Incorporated.
- Hansen, V., Jacobsen, B. K., & Arnesen, E. (2001). Prevalence of Serious Psychiatric Morbidity in Attenders and Nonattenders to a Health Survey of a General Population The Tromsø Health Study. *American journal of epidemiology*, *154*(10), 891-894. doi: 10.1093/aje/154.10.891
- Hawkins, M. M., & Stevens, M. C. G. (1996). The long term survivors. *British medical bulletin*, *52*(4), 898-923. Hentet fra <http://bmb.oxfordjournals.org/>
- Heim, H. M., & Oei, T. P. (1993). Comparison of prostate cancer patients with and without pain. *Pain*, *53*, 159-162. doi: 10.1016/0304-3959(93)90075-Z
- Higginson, I. J., & Costantini, M. (2002). Communication in end-of-life cancer care: a comparison of team assessments in three European countries. *Journal of clinical oncology*, *20*, 3674-3682. doi: 10.1200/JCO.2002.11.008
- Higginson, I. J., Finlay, I. G., Goodwin, D. M., Hood, K., Edwards, A. G., Cook, A., . . . Normand, C. E. (2003). Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life

- experiences of patients and their caregivers? *Journal of Pain and Symptom Management*, 25(2), 150-168. doi: 10.1016/S0885-3924(02)00599-7
- Hinz, A., Krauss, O., Hauss, J. P., Höckel, M., Kortmann, R. D., Stolzenburg, J. U., & Schwarz, R. (2010). Anxiety and depression in cancer patients compared with the general population. *European Journal of Cancer Care*, 19, 522-529. doi: 10.1111/j.1365-2354.2009.01088.x
- Hjemdal, O., Friborg, O., & Stiles, T. C. (2012). Resilience is a good predictor of hopelessness even after accounting for stressful life events, mood and personality (NEO-PI-R). *Scandinavian Journal of Psychology*, 53, 174-180. doi: 10.1111/j.1467-9450.2011.00928.x
- Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2006). Resilience predicting psychiatric symptoms: A prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 194-201. doi: 10.1002/cpp.488
- Hjemdal, O., Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., & Stiles, T. C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 314-321. doi: 10.1002/cpp.719
- Hoffman, K. E., McCarthy, E. P., Recklitis, C. J., & Ng, A. K. (2009). Psychological distress in long-term survivors of adult-onset cancer: results from a national survey. *Archives of internal medicine*, 169, 1274-1281. doi: 10.1001/archinternmed.2009.179.
- Hou, W. K., & Lam, J. H. M. (2013). Resilience in the year after cancer diagnosis: a cross-lagged panel analysis of the reciprocity between psychological distress and well-being. *Journal of behavioral medicine*, 28, 1-11. doi: 10.1007/s10865-013-9497-6

- Hou, W. K., Law, C. C., Yin, J., & Fu, Y. T. (2010). Resource loss, resource gain, and psychological resilience and dysfunction following cancer diagnosis: a growth mixture modeling approach. *Health Psychology, 29*, 484-495. doi: 10.1037/a0020809
- Jacobsen, P. B., Donovan, K. A., Vadaparampil, S. T., & Small, B. J. (2007). Systematic review and meta-analysis of psychological and activity-based interventions for cancer-related fatigue. *Health Psychology, 26*, 660-667. doi: 10.1037/0278-6133.26.6.660
- Jackson, J. C., Hart, R. P., Gordon, S. M., Hopkins, R. O., Girard, T. D., & Ely, E. W. (2007). Post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress symptoms following critical illness in medical intensive care unit patients: assessing the magnitude of the problem. *Critical Care, 11*, 1-11. doi: 10.1186/cc5707
- Jarrett, N., Scott, I., Addington-Hall, J., Amir, Z., Brearley, S., Hodges, L., . . . Foster, C. (2013). Informing future research priorities into the psychological and social problems faced by cancer survivors: A rapid review and synthesis of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*. Advance online publication. doi: 10.1016/j.ejon.2013.03.003
- Jayadevappa, R., Malkowicz, S. B., Chhatre, S., Johnson, J. C., & Gallo, J. J. (2012). The burden of depression in prostate cancer. *Psycho-Oncology, 21*, 1338-1345. doi: 10.1002/pon.2032
- Jenkins, P. L., May, V. E., & Hughes, L. E. (1991). Psychological morbidity associated with local recurrence of breast cancer. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 21*, 149-155. doi: 10.2190/UU5G-MDJ3-U55G-33GQ
- Jorm, A. F. (2000). Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychological medicine, 30*(1), 11-22. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review, 22*, 499-524. doi: 10.1016/S0272-7358(01)00118-0
- Kelly, B. J., Frazee, T. K., & Hornik, R. C. (2010). Response rates to a mailed survey of a representative sample of cancer patients randomly drawn from the Pennsylvania Cancer Registry: a randomized trial of incentive and length effects. *BMC Medical Research Methodology, 10*, 65. doi: 10.1186/1471-2288-10-65
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *The American Journal of Psychiatry, 156*(6), 837-841. Hentet fra <http://ajp.psychiatryonline.org/journal.aspx?journalid=13>
- Kendler, K. S., Kuhn, J., & Prescott, C. A. (2004). The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *American Journal of Psychiatry, 161*, 631-636. doi: 10.1176/appi.ajp.161.4.631
- Keogh, J. W. L., & MacLeod, R. D. (2012). Body composition, physical fitness, functional performance, quality of life, and fatigue benefits of exercise for prostate cancer patients: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management, 43*, 96-110. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.03.006
- Kessler R.C., Sonnega, A., Bromet, E. Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012
- Knobel, H., Loge, J. H., Nordøy, T., Kolstad, A. L., Espevik, T., Kvaløy, S., & Kaasa, S. (2000). High Level of Fatigue in Lymphoma Patients Treated With High Dose Therapy. *Journal of pain and symptom management, 19*, 446-456. doi: 10.1016/S0885-3924(00)00144-5

- Kolva, E., Rosenfeld, B., Pessin, H., Breitbart, W., & Brescia, R. (2011). Anxiety in terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management, 42*, 691-701. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.01.013
- Kornblith, A. B., Herr, H. W., Ofman, U. S., Scher, H. I., & Holland, J. C. (1994). Quality of life of patients with prostate cancer and their spouses. The value of a data base in clinical care. *Cancer, 73*, 2791-2802. doi: 10.1002/1097-0142(19940601)73:11<2791::AID-CNCR2820731123>3.0.CO;2-9
- Kreftforeningen. (2013). *Om Kreft*. Hentet 10.11, 2012, fra <https://kreftforeningen.no/Kreftregistret>.
- Kreftregistret. (2012). *Cancer in Norway 2010. Special issue: Clustering of cancer*. T. K. Grimsrud (Red.). Oslo: Cancer Registry of Norway.
- Kunkel, E. J. S., Bakker, J. R., Myers, R. E., Oyesanmi, O., & Gomella, L. G. (2000). Biopsychosocial Aspects of Prostate Cancer. *Psychosomatics, 41*, 85-94. doi: 10.1176/appi.psy.41.2.85
- Kvåle, R., Auvinen, A., Adami, H.-O., Klint, Å., Hernes, E., Møller, B., . . . Tretli, S. (2007). Interpreting trends in prostate cancer incidence and mortality in the five Nordic countries. *Journal of the National Cancer Institute, 99*, 1881-1887. doi: 10.1093/jnci/djm249
- Lampic, C., Wennberg, A., Schill, J.-E., Brodin, O., Glimelius, B., & Sjöden, P.-O. (1994). Anxiety and Cancer-Related Worry of Cancer Patients at Routine Follow-up Visits. *Acta Oncologica, 33*, 119-125. doi: 10.3109/02841869409098394
- Langston, B., Armes, J., Levy, A., Tidey, E., & Ream, E. (2013). The prevalence and severity of fatigue in men with prostate cancer: a systematic review of the literature. *Supportive Care in Cancer, 21*, 1761-1771. doi: 10.1007/s00520-013-1751-5

- Lepore, S. J., & Helgeson, V. S. (1998). Social constraints, intrusive thoughts, and mental health after prostate cancer. *Journal of Social and Clinical Psychology, 17*, 89-106. doi: 10.1521/jscp.1998.17.1.89
- Lewinsohn, P. M., Solomon, A., Seeley, J. R., & Zeiss, A. (2000). Clinical implications of "subthreshold" depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 345-351. doi: 10.1037/0021-843X.109.2.345
- Lichtenthal, W. G., Nilsson, M., Zhang, B., Trice, E. D., Kissane, D. W., Breitbart, W., & Prigerson, H. G. (2009). Do rates of mental disorders and existential distress among advanced stage cancer patients increase as death approaches? *Psycho-Oncology, 18*, 50-61. doi: 10.1002/pon.1371
- Loge, J. H., Abrahamsen, A. F., Ekeberg, O., Hannisdal, E., & Kaasa, S. (1997). Psychological distress after cancer cure: a survey of 459 Hodgkin's disease survivors. *British journal of cancer, 76(6)*, 791-796. Hentet fra <http://www.nature.com/bjc/index.html>
- Loge, J. H., Ekeberg, Ø., & Kaasa, S. (1998). Fatigue in the general norwegian population: Normative data and associations. *Journal of Psychosomatic Research, 45*, 53-65. doi: 10.1016/S0022-3999(97)00291-2
- Maher-Edwards, L., Fernie, B. A., Murphy, G., Wells, A., & Spada, M. M. (2011). Metacognitions and negative emotions as predictors of symptom severity in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research, 70*, 311-317. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.09.016
- Maher-Edwards, L., Fernie, B. A., Murphy, G., Nikcevic, A. V., & Spada, M. M. (2012). Metacognitive factors in chronic fatigue syndrome. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 19(6)*, 552-557. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.09.016

- Marcus, J., & Thompson, I. (2008). The psychological aspects of sexual dysfunction associated with the treatment of prostate cancer. I M. K. Alena (Red.), *Psychological sexual dysfunctions* (s. 147-163). Hauppauge: Nova Biomedical Books.
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of Depression in Patients With Cancer. *JNCI Monographs*, 2004, 57-71. doi: 10.1093/jncimonographs/lgh014
- McNicol, K., Salmon, P., Young, B., & Fisher, P. (2013). Alleviating Emotional Distress in a Young Adult Survivor of Adolescent Cancer A Case Study Illustrating a New Application of Metacognitive Therapy. *Clinical Case Studies*, 12, 22-38. doi: 10.1177/1534650112461298
- Mehnert, A., & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 383-391. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.12.005
- Mehnert, A., Lehmann, C., Graefen, M., Huland, H., & Koch, U. (2010). Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 19, 736-745. doi: 10.1111/j.1365-2354.2009.01117.x
- Miller, A. H., Ancoli-Israel, S., Bower, J. E., Capuron, L., & Irwin, M. R. (2008). Neuroendocrine-Immune Mechanisms of Behavioral Comorbidities in Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26, 971-982. doi: 10.1200/jco.2007.10.7805
- Miovic, M., & Block, S. (2007). Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer*, 110, 1665-1676. doi: 10.1002/cncr.22980
- Moss-Morris, R., & Petrie, K. J. (2001). Discriminating between chronic fatigue syndrome and depression: A cognitive analysis. *Psychological Medicine*, 31(3), 469-479. doi: 10.1017/S0033291701003610

- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Panagiotou, I., Galanos, A., & Gouliamos, A. (2011). The Mediation Effect of Anxiety Between Post-Traumatic Stress Symptoms and Preparatory Grief in Advanced Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management, 41*, 511-521. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.06.014
- Nelson, C. J., Balk, E. M., & Roth, A. J. (2010). Distress, anxiety, depression, and emotional well-being in African-American men with prostate cancer. *Psycho-Oncology, 19*, 1052-1060. doi: 10.1002/pon.1659
- Nezlek, J. B. (2001). Daily psychological adjustment and the planfulness of day-to-day behavior. *Journal of social and clinical psychology, 20*, 452-475. doi: 10.1521/jscp.20.4.452.22398
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2000). Treatment of recurrent major depression with attention training. *Cognitive and Behavioral Practice, 7*, 407-413. doi: 10.1016/S1077-7229(00)80051-6
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 261-273. doi: 10.1023/A:1023962332399
- Pinquart, M., & Duberstein, P. R. (2010). Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychological Medicine, 40*, 1797-1810 doi:10.1017/S0033291709992285
- Parry, C. (2003). Embracing uncertainty: an exploration of the experiences of childhood cancer survivors. *Qualitative Health Research, 13*, 227-246. doi: 10.1177/1049732302239600
- Pirl, W. F., Siegel, G. I., Goode, M. J., & Smith, M. R. (2002). Depression in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer: a pilot study. *Psycho-Oncology, 11*, 518-523. doi: 10.1002/pon.592

- Rabow, M. W., & Lee, M. X. (2012). Palliative care in castrate-resistant prostate cancer. *The Urologic clinics of North America*, *39*, 491-503. doi: 10.1016/j.ucl.2012.07.006
- Radbruch, L., Strasser, F., Elsner, F., Goncalves, J. F., Loge, J., Kaasa, S., . . . Stone, P. (2008). Fatigue in palliative care patients - an EAPC approach. *Palliative Medicine*, *22*, 13-32. doi: 10.1177/0269216307085183
- Rao, A. V., & Demark-Wahnefried, W. (2006). The older cancer survivor. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, *60*, 131-143. doi: 10.1016/j.critrevonc.2006.06.003
- Rash, C. J., Coffey, S. F., Baschnagel, J. S., Drobles, D. J., & Saladin, M. E. (2008). Psychometric properties of the IES-R in traumatized substance dependent individuals with and without PTSD. *Addictive behaviors*, *33*, 1039-1047. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.04.006
- Redeker, N. S., Lev, E. L., & Ruggiero, J. (2000). Insomnia, Fatigue, Anxiety, Depression, and Quality of Life of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Research and Theory for Nursing Practice*, *14*, 286-290. Hentet fra <http://www.ingentaconnect.com/>
- Resnick, M. J., & Penson, D. F. (2012). Quality of Life with Advanced Metastatic Prostate Cancer. *Urologic Clinics of North America*, *39*, 505-515. doi: 10.1016/j.ucl.2012.07.007
- Rivenes, A. C., Harvey, S. B., & Mykletun, A. (2009). The relationship between abdominal fat, obesity, and common mental disorders: results from the HUNT study. *Journal of Psychosomatic Research*, *66*, 269-275. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.07.012
- Roesch, S. C., Adams, L., Hines, A., Palmores, A., Vyas, P., Tran, C., ... & Vaughn, A. A. (2005). Coping with prostate cancer: a meta-analytic review. *Journal of behavioral medicine*, *28*, 281-293. doi: 10.1007/s10865-005-4664-z
- Roth, A., & Passik, S. (1996). Anxiety in men with prostate cancer may interfere with effective management of the disease. *Primary Care and Cancer*, *16*, 30-37.

- Roth, A. J., Kornblith, A. B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. I., & Holland, J. C. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma. *Cancer*, *82*, 1904-1908. doi: 10.1002/(SICI)1097-0142(19980515)82:10<1904::AID-CNCR13>3.0.CO;2-X
- Roussis, P., & Wells, A. (2006). Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences*, *40*, 111-122. doi: 10.1016/j.paid.2005.06.019
- Roussis, P., & Wells, A. (2008). Psychological factors predicting stress symptoms: metacognition, thought control, and varieties of worry. *Anxiety, Stress, & Coping*, *21*, 213-225. doi: 10.1080/10615800801889600
- Rowland, J. H., & Baker, F. (2005). Introduction: Resilience of cancer survivors across the lifespan. *Cancer*, *104*, 2543-2548. doi: 10.1002/cncr.21487
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and psychopathology*, *24*, 335. doi:10.1017/S0954579412000028
- Sandanger, I., Nygård, J., Ingebrigtsen, G., Sørensen, T., & Dalgard, O. (1999). Prevalence, incidence and age at onset of psychiatric disorders in Norway. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *34*, 570-579. doi: 10.1007/s001270050177
- Servaes, P., Verhagen, C., & Bleijenberg, G. (2002). Fatigue in cancer patients during and after treatment: prevalence, correlates and interventions. *European Journal of Cancer*, *38*, 27-43. doi: 10.1016/S0959-8049(01)00332-X
- Sharpley, C. F., Wootten, A. C., Bitsika, V., & Christie, D. R. (2013). Variability Over Time-Since-Diagnosis in the Protective Effect of Psychological Resilience Against Depression in Australian Prostate Cancer Patients: Implications for Patient Treatment Models. *American Journal of Mens Health*. Advance online publication. doi: 10.1177/1557988313477126

- Smith, E. M., Gomm, S. A., & Dickens, C. M. (2003). Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine, 17*, 509-513. doi: 10.1191/0269216303pm781oa
- Smith, J. A., Soloway, M. S., & Young, M. J. (1999a). Complications of advanced prostate cancer. *Urology, 54*, 8-14. doi: 10.1016/S0090-4295(99)00448-3
- Smith, M. Y., Redd, W. H., Peyser, C., & Vogl, D. (1999b). Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psycho-Oncology, 8*, 521-537. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(199911/12)8:6<521::AID-PON423>3.0.CO;2-X
- Spada, M. M., Georgiou, G. A., & Wells, A. (2010). The relationship among metacognitions, attentional control, and state anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy, 39*, 64-71. doi: 10.1080/16506070902991791
- Spada, M. M., Mohiyeddini, C., & Wells, A. (2008). Measuring metacognitions associated with emotional distress: Factor structure and predictive validity of the metacognitions questionnaire 30. *Personality and Individual Differences, 45*, 238-242. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2008.04.005>
- Spencer, R., Nilsson, M., Wright, A., Pirl, W., & Prigerson, H. (2010). Anxiety disorders in advanced cancer patients. *Cancer, 116*, 1810-1819. doi: 10.1002/cncr.24954
- Spiegel, D. & Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: Mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry, 54*, 269-282. doi: 10.1016/S0006-3223(03)00566-3
- Spinhoven, P., Ormel, J., Sloekers, P., Kempen, G., Speckens, A., & Hemert, A.V. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological medicine, 27*(2), 363-370. doi: 10.1017/S0033291796004382

- Spoletini, I., Gianni, W., Repetto, L., Bria, P., Caltagirone, C., Bossù, P., & Spalletta, G. (2008). Depression and cancer: An unexplored and unresolved emergent issue in elderly patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, *65*, 143-155. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.critrevonc.2007.10.005>
- Stark, D., Kiely, M., Smith, A., Velikova, G., House, A., & Selby, P. (2002). Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *Journal of clinical oncology*, *20*, 3137-3148. doi: 10.1200/JCO.2002.08.549
- Stark, D. P., & House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer*, *83*, 1261-1267. doi: 10.1054/bjoc.2000.1405
- Steineck, G., Helgesen, F., Adolfsson, J., Dickman, P. W., Johansson, J. E., Norlen, B. J., & Holmberg, L. (2002). Quality of life after radical prostatectomy or watchful waiting. *New England Journal of Medicine*, *347*, 790-796. doi: 10.1056/NEJMoa021483
- Steinman, R. H. (2009). The cancer patient with anxiety and chronic pain. *Pain: clinical updates*, *17(4)*, 1-6. Hentet fra <http://www.iasp-pain.org//am/template.cfm?Section=home>
- Stewart, D. E., Wong, F., Duff, S., Melancon, C. H., & Cheung, A. M. (2001). "What doesn't kill you makes you stronger": An ovarian cancer survivor survey. *Gynecologic Oncology*, *83*, 537-542. doi: 10.1006/gyno.2001.6437
- Stone, P., Hardy, J., Huddart, R., A'Hern, R., & Richards, M. (2000). Fatigue in patients with prostate cancer receiving hormone therapy. *European Journal of Cancer*, *36*, 1134-1141. doi: 10.1016/S0959-8049(00)00084-8
- Stordal, E., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2003). The association between age and depression in the general population: a multivariate examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *107*, 132-141. doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.02056.x

- Stordal, E., Solhaug, H. I., Bosnes, I., & Følstad, A. (2012). Prevalens av depresjon hos eldre: en kort oversikt basert på erfaringer med epidemiologisk forskning fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). *Norsk epidemiologi*, 22(2), 197-201. Hentet fra <http://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/index>
- Strauss, B., Brix, C., Fischer, S., Leppert, K., Fuller, J., Roehrig, B., . . . Wendt, T. G. (2007). The influence of resilience on fatigue in cancer patients undergoing radiation therapy (RT). *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 133, 511-518. doi: 10.1007/s00432-007-0195-z
- Tavio, M., Milan, I., & Tirelli, U. (2002). Cancer-related fatigue (review). *International Journal of Oncology*, 21(5), 1093-1099. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Thewes, B., Bell, M. L., & Butow, P. (2013). Fear of cancer recurrence in young early-stage breast cancer survivors: the role of metacognitive style and disease-related factors. *Psycho-Oncology*. doi: 10.1002/pon.3252
- Ullrich, P. M., Carson, M. R., Lutgendorf, S. K., & Williams, R. D. (2003). Cancer Fear and Mood Disturbance After Radical Prostatectomy: Consequences of Biochemical Evidence of Recurrence. *The Journal of Urology*, 169, 1449-1452. doi: 10.1097/01.ju.0000053243.87457.60
- Weber, B. A., & Sherwill-Navarro, P. (2005). Psychosocial consequences of prostate cancer: 30 years of research. *Geriatric Nursing*, 26, 166-175. doi: 10.1016/j.gerinurse.2005.05.001
- Weiss, D. S. (2004). The Impact of Event Scale-Revised. I J. P. Wilson & T. M. Keane (Red.), *Assessing psychological trauma and PTSD: A practitioner's handbook*. (2. utg., s. 168-189). New York: Guilford Press.

- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). Impact of Event Scale - Revised. I J. P. Wilson & T. M. Keane (Red.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Practitioner's Handbook* (s. 399-411). New York: Guilford Press.
- Wells, A. (2005). The Metacognitive Model of GAD: Assessment of Meta-Worry and Relationship With DSM-IV Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 107-121. doi: 10.1007/s10608-005-1652-0
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A. & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and non-patients. *Behavior Therapy*, 32, 85-102. doi: 10.1016/S0005-7894(01)80045-9
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385-396. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00147-5
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881-888. doi: 10.1016/S0005-7967(96)00050-2
- Wenzel, L. B., Donnelly, J. P., Fowler, J. M., Habbal, R., Taylor, T. H., Aziz, N., & Cella, D. (2002). Resilience, reflection, and residual stress in ovarian cancer survivorship: A gynecologic oncology group study. *Psycho-Oncology*, 11, 142-153. doi: 10.1002/pon.567
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. New York: Cornell University Press.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from Childhood to Midlife: Risk,*

- Resilience, and Recovery*. Ithaca, New York: Cornell University Press.
- Wessely, S. (1995). Epidemiology of chronic fatigue syndrome. *Epidemiologic Reviews*, 17(1), 139-151. Hentet fra <http://epirev.oxfordjournals.org/>
- Widows, M. R., Jacobsen, P. B., & Fields, K. K. (2000). Relation of psychological vulnerability factors to posttraumatic stress disorder symptomatology in bone marrow transplant recipients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 873-882. Hentet fra <http://www.psychosomaticmedicine.org/>
- Williams, S., & Dale, J. (2006). The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *British Journal of Cancer*, 94, 372-390. doi: 10.1038/sj.bjc.6602949
- Wilson, K. G., Chochinov, H. M., Skirko, M. G., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P. R., . . . Clinch, J. J. (2007). Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *Journal of pain and symptom management*, 33, 118-129. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2006.07.016
- Winje, D., & Tungodden. (2001). *Impact of Event Scale Revised (IES-R)*. (Instrumentoversettelse fra engelsk: Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale Revised. I J. P. Wilson, & T. M. Keane (Red.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD: A practitioner's Handbook*. (s. 399-411). New York: Guilford Press.)
- World Health Organisation.(1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*. Geneva: WHO.
- Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J. J., Calderon, S., Charney, D. S., & Mathè, A. A. (2013). Understanding Resilience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 7, 1-15. doi: 10.3389/fnbeh.2013.00010

- Yılmaz, A. E., Gençöz, T., & Wells, A. (2011). The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 389-396. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.11.001
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology, 10*, 19-28. doi: 10.1002/1099-1611(200101/02)10:1%3C19::AID-PON501%3E3.0.CO;2-6
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
- Zorn, B. H., Montgomery, H., Pieper, K., Gray, M., & Steers, W. D. (1999). Urinary Incontinence and Depression. *The Journal of Urology, 162*, 82-84. doi: 10.1097/00005392-199907000-00020
- Zucca, A. C., Boyes, A. W., Linden, W., & Girgis, A. (2012). All's Well That Ends Well? Quality of Life and Physical Symptom Clusters in Long-Term Cancer Survivors Across Cancer Types. *Journal of Pain and Symptom Management, 43*, 720-731. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.04.023>

Tabell 1

Estimater for gjennomsnitt og standardavvik for skårer på symptomsmål, metakognisjoner og resiliens blant prostatakreftpasienter med tilbakefall

	M	SD
HADS-D (n=74)	3.64	3.16
HADS-A (n=72)	3.53	3.3
IES-R (n=70)	20.68	14.39
FQ (n=73)	15.99	4.59
MCQ-30 Tot (n=70)	49.72	11.13
MCQ-30 F1 (n=72)	7.53	2.11
MCQ-30 F2 (n=71)	10.06	3.16
MCQ-30 F3 (n=72)	10.78	4.06
MCQ-30 F4 (n=71)	10.27	3.39
MCQ-30 F5 (n=71)	11.42	3.21
RSA Tot (n=73)	5.33	0.77
RSA F1 (n=72)	5.52	.96
RSA F2 (n=70)	4.18	1.47
RSA F3 (n=73)	5.05	.98
RSA F4 (n=73)	5.70	.89
RSA F5 (n=73)	6.01	.87
RSA F6 (n=72)	4.98	1.09

Merk. HADS-A/D = Hospital Anxiety and Depression Scale, IES – R = Impact of Event Scale – Revised, FQ = Chalder Fatigue Questionnaire, MCQ-30 = Metacognition Questionnaire – 30, MCQ-30 F1 = Positive metaantagelser om bekymring, MCQ-30 F2 = Negative metaantagelser om tanker om ukontrollerbarhet og fare, MCQ-30 F3 = Tillit til egen kognisjon, MCQ-30 F4 = Negative antagelser om konsekvenser av å ikke kontrollere tanker, MCQ-30 F5 = Kognitiv selvbevissthet (fokus på egne tankeprosesser), RSA = Resilience Scale for Adults, RSA F1 = Selvpersepsjon, RSA F2 = Planlagt fremtid, RSA F3 = Sosial kompetanse, RSA F4 = Familiesamhold, RSA F5 = Sosiale ressurser, RSA F6 = Strukturert stil)

Tabell 2

Pearson's produkt-moment korrelasjon mellom ulike symptomer, metakognisjoner og resiliens hos prostatakreftpasienter med tilbakefall

	HADS-D	HADS-A	HADS-A	IES-R	FQ	MCQ-30 Tot	MCQ-30 F1	MCQ-30 F2	MCQ-30 F3	MCQ-30 F4	MCQ-30 F5	RSA Tot	RSA F1	RSA F2	RSA F3	RSA F4	RSA F5	RSA F6		
HADS-D (n=74)	-																			
HADS-A (n=72)	.60**	-																		
IES-R (n=70)	.56**	.74**	-																	
FQ (n=73)	.43**	.51**	.46**	-																
MCQ-30 Tot (n=70)	.36**	.44**	.60**	.44**	-															
MCQ-30 F1 (n=72)	.14	.33**	.35**	.28*	.52**	-														
MCQ-30 F2 (n=71)	.27*	.42**	.50**	.47**	.75**	.39**	-													
MCQ-30 F3 (n=72)	.36**	.43**	.44**	.33**	-.65**	.25*	.33**	-												
MCQ-30 F4 (n=71)	.26*	.21	.34**	.22	.81**	.23	.52**	.41**	-											
MCQ-30 F5 (n=71)	.28*	.27*	.41**	.40**	.75**	.32**	.52**	.14	.66**	-										
RSA Tot (n=73)	-.33**	-.32**	-.54**	-.26*	-.37**	-.35**	-.17	-.43**	-.17	-.17	-									
RSA F1 (n=72)	-.37**	-.40**	-.61**	-.28*	-.40**	-.29*	-.21	-.46**	-.20	-.21	.83**	-								
RSA F2 (n=70)	-.54**	-.46**	-.57**	-.52**	-.43*	-.25*	-.36**	-.48**	-.19	-.26*	.68**	.60**	-							
RSA F3 (n=73)	-.27*	-.29*	-.49**	-.28*	-.34**	-.33**	-.16	-.39**	-.10	-.15	.79**	.62**	.44**	-						
RSA F4 (n=73)	-.08	-.03	-.28*	.12	-.22	-.23*	-.02	-.17	-.11	-.13	.76**	.48*	.28*	.49**	-					
RSA F5 (n=73)	-.14	-.09	-.34**	-.02	-.21	-.27*	.01	-.17	-.12	-.10	.82**	.57**	.29*	.63**	.83**	-				
RSA F6 (n=72)	-.04	-.15	-.15	-.16	-.07	-.13	.04	-.28*	-.02	.11	.65**	.50**	.49**	.34**	.41**	.41**	-			

Merk. HADS-A/D = Hospita Anxiety and Depression Scale, IES - R = Impact of Event Scale - Revised, FQ = Chalder Fatigue Questionnaire, MCQ-30 = Metacognition Questionnaire - 30, MCQ-30 F1 = Positive metaantagelser om bekymring, MCQ-30 F2 = Negative metaantagelser om tanker om ukontrollerbarhet og fare, MCQ-30 F3 = Tillit til egen kognisjon, MCQ-30 F4 = Negative antagelser om konsekvenser av å ikke kontrollere tanker, MCQ-30 F5 = Kognitiv selvbevissthet (fokus på egne tankeprosesser), RSA = Resilience Scale for Adults, RSA F1 = Selvpertepsjon, RSA F2 = Planlagt fremtid, RSA F3 = Sosial kompetanse, RSA F4 = Familiesamhold, RSA F5 = Sosiale ressurser, RSA F6 = Strukturert stil.
* p < .05. ** p < .01.

Tabell 3

Lineær regresjonsanalyse av mulige prediktive faktorer for varians i symptomskårer

Steg	HADS D (n=74)				HADS A (n=72)				IES-R (n=70)				FO (n=73)			
	FCha	R ² Cha	β	t	FCha	R ² Cha	β	t	FCha	R ² Cha	β	t	FCha	R ² Cha	β	t
1 Alder	1.69	.03	.16	1.30	.00	.00	.01	.06	0.42	.00	-.26	-.21	.45	.01	.09	.67
2 Spredning	.28	.00	.06	.48	.39	.00	.08	.62	1.98	.00	.06	.44	5.81	.09	.30	2.41*
3 MCQ total (n=70)	13.09	.17	.43	3.62**	30.29	.33	.60	5.50***	46.53	0.44	.68	6.82***	14.06	.17	.43	3.75***
3 MCQ1 (n=72)	2.94	.20	-.47	-.36	8.71	.44	.13	1.14	10.89	.50	.18	1.72	5.01	.28	.01	.12
3 MCQ2 (n=71)			.08	.55			.26	1.99			.34	2.72**			.31	2.23*
3 MCQ3 (n=72)			.31	2.32**			.47	4.06***			.34	3.04**			.28	2.29*
3 MCQ4 (n=71)			-.00	-.02			-.17	-1.21			-.07	-.48			-.31	-2.04*
3 MCQ5 (n=71)			.26	1.50			.25	1.63			.25	1.75			.38	2.29*
3 RSA total (n=73)	8.19	.11	-.33	-2.86**	6.13	.09	-.30	-2.48*	21.96	.27	-.52	-4.69***	3.21	.04	-.21	-1.79
3 RSA1 (n=72)	5.69	.37	-.06	-.37	5.06	.36	-.41	-2.27*			-.60	-4.25***			-.13	-.77
3 RSA2 (n=70)			-.63	-4.30***			-.35	-2.21*			-.36	-2.88**			-.47	-3.30**
3 RSA3 (n=73)			-.08	-.51			-.19	-1.14			-.12	-.98			-.28	-1.88
3 RSA4 (n=73)			.06	.28			.04	.17			-.11	-.69			.25	1.28
3 RSA5 (n=73)			-.10	-.43			.21	.92			.14	.75			.18	.82
3 RSA6 (n=72)			.38	2.92**			.37	2.69**			.48	4.51***			.24	1.80

Merk. HADS-A/D = Hospital Anxiety and Depression Scale, IES - R = Impact of Event Scale - Revised, FO = Chalder Fatigue Questionnaire, MCQ-30 = Metacognition Questionnaire - 30, MCQ-30 F1 = Positive metaantagelser om bekymring, MCQ-30 F2 = Negative metaantagelser om tanker om ukontrollerbarhet og fare, MCQ-30 F3 = Tillit til egen kognisjon, MCQ-30 F4 = Negative antagelser om konsekvenser av å ikke kontrollere tanker, MCQ-30 F5 = Kognitiv selvbevissthet (fokus på egne tankeprosesser), RSA = Resilience Scale for Adults, RSA F1 = Selvpertsepsjon, RSA F2 = Planlagt fremtid, RSA F3 = Sosial kompetanse, RSA F4 = Familiesamhold, RSA F5 = Sosiale ressurser, RSA F6 = Strukturert stil).

*p < .05. **p < .01. ***p < .001.

Appendiks

- | | | |
|--|---|---|
| 10. Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut | Ja, jeg har sluttet å bry meg <input type="checkbox"/> ₁
Ikke som jeg burde <input type="checkbox"/> ₂ | Kan hende ikke nok <input type="checkbox"/> ₃
Bryr meg som før <input type="checkbox"/> ₄ |
| 11. Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv | Uten tvil svært mye <input type="checkbox"/> ₁
Ganske mye <input type="checkbox"/> ₂ | Ikke så veldig mye <input type="checkbox"/> ₃
Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/> ₄ |
| 12. Jeg ser med glede frem til hendelser og ting | Like mye som før <input type="checkbox"/> ₁
Heller mindre enn før <input type="checkbox"/> ₂ | Avgjort mindre enn før <input type="checkbox"/> ₃
Nesten ikke i det hele tatt . <input type="checkbox"/> ₄ |
| 13. Jeg kan plutselig få en følelse av panikk | Uten tvil svært ofte <input type="checkbox"/> ₁
Ganske ofte <input type="checkbox"/> ₂ | Ikke så veldig ofte <input type="checkbox"/> ₃
Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/> ₄ |
| 14. Jeg kan glede meg over gode bøker, radio og TV | Ofte <input type="checkbox"/> ₁
Fra tid til annen <input type="checkbox"/> ₂ | Ikke så ofte <input type="checkbox"/> ₃
Svært sjelden <input type="checkbox"/> ₄ |

Nå kommer en liste med vansker som personer kan oppleve etter belastende livshendelser, som f.eks. etter å ha opplevd en livstruende sykdom. Kryss av for i hvilken grad disse vanskene har plaget deg i løpet av *de siste dagene*.

IES-R

- | | Ikke i det hele tatt
1 | Liten grad
2 | Viss grad
3 | Høy grad
4 | Svært høy grad
5 |
|---|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Enhver påminnelse brakte tilbake følelser rundt det som skjedde..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Jeg hadde vansker med å sove uavbrutt natten igjennom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Andre ting fikk meg til å tenke på det..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Jeg følte meg irritabel og sint..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Jeg lot være å bli lei meg når jeg tenkte på det eller ble minnet om det..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Jeg tenkte på det selv når jeg ikke ville | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Det føltes uvirkelig eller som om det ikke hadde skjedd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Jeg holdt meg unna alt som kunne minne meg om det | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Bilder av det dukket opp i hodet mitt..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Jeg var skvetten og lettskremt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Jeg forsøkte å ikke tenke på det..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Jeg var klar over at jeg fortsatt hadde mange følelser rundt det, men jeg overså dem ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Mine følelser rundt det var på en måte numne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Jeg merket at jeg handlet eller følte som om jeg var tilbake til da det skjedde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Jeg hadde vansker med å sovne..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Sterke følelser rundt det kom som i bølger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Jeg forsøkte å viske den ut av hukommelsen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Jeg hadde konsentrasjonsvansker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Påminnelser om det førte til at jeg fikk fysiske reaksjoner, som svetting, pustevansker, kvalme eller hjertebank..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Jeg drømte om det..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Jeg følte meg påpasselig og på vakt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Jeg forsøkte å ikke snakke om det | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Her er et utvalg antagelser folk kan ha om sine egne tanker.
Kryss av for hvor mye du *vanligvis* er enig i hver av dem.
Det er ingen «riktige» eller «gale» svar.

	Ikke enig 1	Litt enig 2	Ganske enig 3	Svært enig 4
1. Å bekymre meg hjelper meg å unngå problemer i fremtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. At jeg bekymrer meg, er farlig for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg tenker mye om tankene mine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg kan gjøre meg selv syk av å bekymre meg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeg er oppmerksom på måten sinnet mitt arbeider når jeg tenker gjennom et problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dersom jeg ikke kontrollerte en bekymringstanke, og det så skjedde, ville det være min skyld .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jeg trenger å bekymre meg for å forbli organisert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jeg har lite tiltro til min hukommelse for ord og navn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mine bekymringstanker går ikke bort uansett hvordan jeg forsøker å stoppe dem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Å bekymre meg hjelper meg å sortere ting i sinnet mitt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jeg kan ikke ignorere bekymringstankene mine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jeg holder oversikt over tankene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jeg burde ha kontroll over tankene mine hele tiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hukommelsen min kan fra tid til annen vilde meg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mine bekymringer kan gjøre meg gal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Jeg er konstant oppmerksom på hvordan jeg tenker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Jeg har en dårlig hukommelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Jeg følger nøye med på hvordan sinnet mitt fungerer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Bekymringer hjelper meg å holde ut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. At jeg ikke er i stand til å kontrollere tankene mine, er et tegn på svakhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Når jeg starter å bekymre meg, kan jeg ikke stoppe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Jeg kommer til å straffes for at jeg ikke kontrollerer visse tanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Å bekymre meg hjelper meg å løse problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Jeg har lite tillit til min hukommelse for steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Det er dårlig å tenke visse tanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Jeg stoler ikke på hukommelsen min.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Dersom jeg ikke kunne kontrollere tankene mine, ville jeg ikke være i stand til å fungere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Jeg trenger å bekymre meg for å arbeide bra.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Jeg har lite tillit til min hukommelse for handlinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Jeg gransker tankene mine konstant.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De følgende utsagnene handler om dine tanker og følelser omkring deg selv og andre som har betydning for deg. Vennligst oppgi hvordan du har tenkt og følt i løpet av *den siste måneden* ved å krysse av på skalaen mellom de to alternativene for hvert utsagn.

RSA

1.	Når noe uforutsett skjer ...	føler jeg meg ofte råd vill	1 2 3 4 5 6 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	finner jeg alltid en løsning
2.	Planene mine for fremtiden er ...	vanskelige å gjennomføre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	gjennomførbare
3.	Jeg trives best ...	sammen med andre mennesker	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	for meg selv
4.	I familien min er forståelsen av hva som er viktig i livet ...	ganske forskjellig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	lik
5.	Personlige tema kan jeg ...	ikke ta opp med noen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ta opp med venner/familiemedlemmer
6.	Jeg fungerer best når jeg ...	har et mål å strekke meg mot	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	får ta en dag av gangen
7.	Mine personlige problemer ...	vet jeg hvordan jeg kan løse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	finner jeg ingen løsning på
8.	Jeg føler at fremtiden min ...	ser lovende ut	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	er usikker
9.	Å kunne være fleksibel i sosiale sammenhenger ...	er jeg mindre opptatt av	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	er viktig for meg
10.	Jeg trives ...	svært godt i familien min	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	dårlig i familien min
11.	De som er flinke til å oppmuntre meg ...	er noen nære venner/familiemedlemmer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	finnes ikke
12.	Når jeg skal gjøre noe ...	planlegger jeg sjelden og hopper bare i det	1 2 3 4 5 6 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	foretrekker jeg å ha en plan
13.	Mine vurderinger og avgjørelser ...	tviler jeg ofte på	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	stoler jeg fullt ut på
14.	Målene mine ...	vet jeg hvordan jeg skal nå	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	er jeg usikker på hvordan jeg skal nå
15.	Nye vennskap ...	knytter jeg lett	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	har jeg vansker med å knytte
16.	Familien min preges av ...	splittelser	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	godt samhold
17.	Samholdet mellom vennene mine ...	er dårlig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	er godt
18.	Jeg er flink til å ...	organisere tiden min	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	rote bort tiden min
19.	Troen på meg selv ...	får meg gjennom vanskelige perioder	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	hjelper meg lite i vanskelige perioder
20.	Målene mine for fremtiden er ...	uklare	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	godt gjennomtenkte
21.	Å komme i kontakt med nye folk ...	er vanskelig for meg	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	er jeg flink til
22.	I vanskelige perioder ...	beholder familien min et positivt syn på fremtiden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ser familien min mørkt på fremtiden
23.	Når noen familiemedlemmer kommer i en krise ...	får jeg raskt beskjed	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	får jeg sent beskjed

24. Regler og faste rutiner ...	mangler i hverdagen min	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	er en del av hverdagen min
25. I motgang har jeg en tendens til...	å se mørkt på tingene	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	å finne noe bra jeg kan vokse på
26. Når jeg er sammen med andre ...	sitter latteren min løst	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sitter latteren langt inne
27. Overfor andre mennesker er vi i vår familie ...	lite støttende overfor hverandre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	lojale overfor hverandre
28. Jeg får støtte fra ...	venner/familiemedlemmer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ingen
29. Hendelser i livet som jeg vanskelig kan gjøre noe med ...	klarer jeg å innfinne meg med	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	er en stadig kilde til bekymring
30. Å komme på gode samtaleemner synes jeg er ...	vanskelig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	enkelt
31. I familien min liker vi å ...	finne på fellesaktiviteter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	gjøre ting hver for oss
32. Når det trengs har jeg ...	aldri noen som kan hjelpe meg	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	alltid noen som kan hjelpe meg
33. Mine nære venner/familiemedlemmer ...	verdsetter egenskapene mine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	misliker egenskapene mine

Vi vil gjerne vite om du har følt deg sliten, svak eller i mangel av overskudd den siste måneden. Vennligst besvar alle spørsmålene selv om du ikke har hatt slike problemer. Hvis du har følt deg sliten lenge, sammenlikner du med hvordan du følte deg sist du var bra.

Husk at spørsmålene i dette avsnittet handler om hvordan du har hatt det *den siste måneden*.

FQ

- Har du problemer med at du føler deg sliten?
Mindre enn vanlig ₁ Mer enn vanlig ₃
Ikke mer enn vanlig ₂ Mye mer enn vanlig ₄
- Trenger du mer hvile?
Nei, mindre enn vanlig ₁ Mer enn vanlig ₃
Ikke mer enn vanlig ₂ Mye mer enn vanlig ₄
- Føler du deg søvngig eller døsigg?
Mindre enn vanlig ₁ Mer enn vanlig ₃
Ikke mer enn vanlig ₂ Mye mer enn vanlig ₄
- Har du problemer med å komme i gang med ting?
Mindre enn vanlig ₁ Mer enn vanlig ₃
Ikke mer enn vanlig ₂ Mye mer enn vanlig ₄
- Mangler du overskudd?
Ikke i det hele tatt ₁ Mer enn vanlig ₃
Ikke mer enn vanlig ₂ Mye mer enn vanlig ₄
- Har du redusert styrke i musklene dine?
Ikke i det hele tatt ₁ Mer enn vanlig ₃
Ikke mer enn vanlig ₂ Mye mer enn vanlig ₄
- Føler du deg svak?
Mindre enn vanlig ₁ Mer enn vanlig ₃
Som vanlig ₂ Mye mer enn vanlig ₄

Husk: Bare ett kryss på hvert spørsmål.

8. Har du vansker med å konsentrere deg? Mindre enn vanlig ₁ Mer enn vanlig ₃
Som vanlig ₂ Mye mer enn vanlig ₄
9. Forsnakker du deg i samtaler? Mindre enn vanlig ₁ Mer enn vanlig ₃
Ikke mer enn vanlig ₂ Mye mer enn vanlig ₄
10. Er det vanskeligere å finne det rette ordet? Mindre enn vanlig ₁ Mer enn vanlig ₃
Ikke mer enn vanlig ₂ Mye mer enn vanlig ₄
11. Hvordan er hukommelsen din? Bedre enn vanlig ₁ Verre enn vanlig ₃
Ikke verre enn vanlig ₂ Mye verre enn vanlig ₄
12. Hvis du føler deg sliten for tiden: Omtrent hvor lenge har det vart? Mindre enn én uke ₁ Mellom 3 og 6 måneder ₃
Mindre enn tre måneder ₂ 6 måneder eller mer ₄
13. Hvis du føler deg sliten for tiden: Omtrent hvor mye av tiden kjenner du det? 25 % av tiden ₁ 75 % av tiden ₃
50 % av tiden ₂ Hele tiden ₄

De neste spørsmålene handler om deg og din helse.

EORTC QLQ-C30

- | | Ikke i det hele tatt
1 | Litt
2 | En del
3 | Svært mye
4 |
|--|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Har du vanskeligheter med å utføre anstrengende aktiviteter, slik som å bære en tung handlekurv eller en koffert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Har du vanskeligheter med å gå en lang tur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Har du vanskeligheter med å gå en kort tur utendørs? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Er du nødt til å ligge til sengs eller sitte i en stol i løpet av dagen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Trenger du hjelp til å spise, kle på deg, vaske deg eller gå på toalettet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

I løpet av den siste uka:

- | | Ikke i det hele tatt
1 | Litt
2 | En del
3 | Svært mye
4 |
|--|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Har du hatt redusert evne til å arbeide eller utføre andre daglige aktiviteter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Har du hatt redusert evne til å utføre dine hobbyer eller andre fritidsaktiviteter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Har du vært tung i pusten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Har du hatt smerter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Har du hatt behov for å hvile? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Har du hatt søvnproblemer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Har du følt deg slapp? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Har du hatt dårlig matlyst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Har du vært kvalm? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Har du kastet opp? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Husk: Bare ett kryss på hvert spørsmål.

I løpet av *den siste uka*:

- | | <i>Ikke i det hele tatt</i>
1 | <i>Litt</i>
2 | <i>En del</i>
3 | <i>Svært mye</i>
4 |
|---|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Har du hatt treg mage? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Har du hatt løs mage? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Har du følt deg trett? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Har smerter påvirket dine daglige aktiviteter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Har du hatt problemer med å konsentrere deg, f.eks. med å lese en avis eller se på TV? ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Har du følt deg anspent? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Har du vært engstelig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Har du følt deg irritabel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Har du følt deg deprimert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Har du hatt problemer med å huske ting? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Har din fysiske tilstand eller medisinske behandling påvirket ditt familieliv? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Har din fysiske tilstand eller medisinske behandling påvirket dine sosiale aktiviteter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Har din fysiske tilstand eller medisinske behandling gitt deg økonomiske problemer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

På en skala fra 1 til 7:

- | | <i>Svært dårlig</i>
1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <i>Helt utmerket</i>
7 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 29. Hvordan har din helse vært i løpet av den siste uka? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Hvordan har livskvaliteten din vært i løpet av den siste uka? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Takk for at du ville svare på spørsmålene!

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Psykologiske ettervirkninger av tilbakevendende prostatakreft”

Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie for å undersøke psykologiske ettervirkninger av prostatakreft med tilbakefall. Noen pasienter ser ut til å kunne oppleve psykologiske vansker som angst og depresjon underveis i kreftbehandlingen, men ikke alle. Vi ønsker å kartlegge disse psykologiske vanskene nærmere, se etter eventuelle forskjeller, samt på hvorvidt dagens oppfølging av slike problemer er tilstrekkelig ivaretatt. Denne forespørselen om deltakelse deles ut til pasienter på oppfølging ved Kreftavdelingen ved St.Olavs Hospital, Trondheim. Studien er et samarbeid mellom Kreftavdelingen, St.Olavs hospital og Psykologisk Institutt, NTNU.

Hva innebærer studien?

Prosjektet innebærer at du som deltaker skriver under på et samtykkeskjema dersom du ønsker å delta etter å ha fått lest dette informasjonsskrivet. Vi vil deretter at du skal fylle ut noen spørreskjemaer som etterspør generelle opplysninger om deg selv og din sykdom/behandling, tankestiler, livskvalitet og problemer knyttet til kreftsykdommen.

Mulige fordeler og ulemper

Flere og flere lever med kreftsykdom i dag på grunn av framskritt innen medisinsk behandling. Forskning viser likevel at pasienter kan oppleve ulike psykologiske vansker. Vi anser det som viktig å kartlegge disse vansker nærmere, både for å øke kunnskapen på området og forståelsen av eventuelle behov på behandlingssiden. En mulig ulempe ved deltagelse i studien er at utfylling av skjema kan vekke til live noen tanker og følelser knyttet til disse problemene.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger og prøver gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte prosjektleder Trude Reinjfjell, tlf. + 4773597693.

Med vennlig hilsen

Trude Reinfjell
Førsteamanuensis

Ida Brevik
Stud.psychol.

Heidi Knobel
Overlege

Hilde R. Holm
Stud.psychol.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg ønsker å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Jorgen Hardang	Telefon: 22845516	Vår dato: 20.02.2013	Vår referanse: 2012/1170/REK sør-øst A
			Deres dato: 01.02.2013	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Trude Reinfjell
SVT-fakultetet

2012/1170 Psykologiske ettervirkninger av kreftsykdom

Prosjektleder: Trude Reinfjell

Forskningsansvarlig: NTNU - Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Prosjektet

Å få kreft og gjennomgå en kreftbehandling er for mange en svært stor påkjenning, både i forhold til tap av tidligere funksjon, samt medisinske og psykologiske problemer mange opplever i ettertid. De aller fleste som får en kreftsykdom overlever denne i dag, på grunn av fremskritt i medisinsk behandling. Mange må likevel gå til helsesjekk i lang tid etter friskmelding, for å kontrollere for nye tilbakefall. Dette innebærer ofte stor usikkerhet og bekymring, som kan vanskeliggjøre prosessen med å komme tilbake til en normal hverdag igjen. Denne studiens mål er å undersøke potensielle psykiske ettervirkninger hos mennesker som har overlevd kreft. Utvalget i studien vil bestå av personer over 18 år som tidligere har hatt ulike kreftdiagnoser, men som har hatt en periode på seks måneder uten symptomer på kreft. Datainnsamlingen vil benytte anerkjente, internasjonale spørreskjemaer som dekker mål på livskvalitet, depresjon, angst og andre relevante psykologiske faktorer.

Søknaden ble behandlet i møtet 19.6.2012. Endelig vedtak i saken ble utsatt.

Prosjektleder har i skjema for tilbakemelding mottatt 1.2.2013 svart på komiteens spørsmål.

Til Pkt. 1: Opplegget er endret til å gjelde en spesifikk diagnosegruppe, pasienter med tilbakevendende prostatakreft.

Ifølge revidert protokoll side 8 er studiens problemstilling: "Undersøke den psykisk helse (depresjon og angstsymptomer), livskvalitet, og generell psykososial fungering hos en gruppe av pasienter som er under behandling og oppfølging for tilbakevendende prostatakreft/prostatakreft med tilbakefall."

Til Pkt. 2: Informasjonsskriv med samtykkeerklæring er revidert i samsvar med komiteens merknader.

Komiteen tar prosjektleders tilbakemelding til etterretning.

Vedtak

Komiteen godkjenner at prosjektet gjennomføres i samsvar med det som framgår av søknaden, av tilbakemelding på komiteens merknader og av de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Godkjenningen gjelder til 1.8.2016.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren». Personidentifiserbare data slettes straks det ikke lenger er behov for dem og senest ved prosjektets avslutning.

Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK.

Prosjektet skal sende sluttmelding, se helseforskningsloven § 12, senest 6 måneder etter at prosjektet er avsluttet.

Med vennlig hilsen

Gunnar Nicolaysen
Professor
Leder

Jørgen Hardang
Komitésekretær

Kopi til: jan.dyrstad@svt.ntnu.no