



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Utviklingshemming og depresjon

Intellectual disability and depression

Madeleine B. Gustafsson

Kandidatnummer: 313

Bachelor i vernepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for velferd og deltaking

Antall ord: 10722 (alternativ B)

Levert: 16.05.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

BSV5- 300
313

Leveringsdato: 16.05.2020

Abstract

Title: I have chosen to address, intellectual disabilities and depression.

Background: It`s up to three times as common for a person with intellectual disabilities to develop depression, as the normal population. Which is the basis for the biological and genetic vulnerability. If we compare it with the normal population, they also have a psychological vulnerability, that makes them more exposed to stress and change.

Method: I will use a classic literature study as a method in this paper. The purpose with this study, will be to learn more about the intellectual disabilities and depression, by using relevant research and literature. I have chosen four research articles, to use in this paper.

Resulted: The findings from the various research articles I have chosen, puts applicants on three topics that have been prevalent throughout most of my research. It is relationships (social support and social network), life changes, that are stress-relieving, and self-esteem and comparison with others.

Conclusion: It will be very important, as a health care professional, to know about what can cause a depression, especially since the people with intellectual disabilities, already are exposed to develop it. Knowing what to look for, will be a good tool on the road to improvement.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	7
1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling.....	8
1.3 Begrepsavklaring.....	9
1.31 Psykisk utviklingshemming	9
1.32 Lett og moderat grad av utviklingshemming	9
1.33 Psykisk lidelse.....	10
1.34 Depresjon	10
1.35 Symptom på depresjon hos utviklingshemmede	10
1.36 Diagnostikk overskygning	11
2.0 Oppgavens disposisjon.....	11
3.0 Teori.....	11
3.1 Sårbarhet	12
3.2 (Sårbarhet-stress- modellen (Lazarus 1967)	12
3.3 Stress	13
3.4 Relasjoner med ulike egenskaper.....	13
3.5 Sosialt nettverk og sosial støtte	14
3.6 GAP-modell (relasjonell forståelse).....	14
4.0 Metode	14
4.1 Litteraturstudie	15
4.2 Kunnskapsbasert praksis	15
4.3 Søkeprosess og datainnsamling.....	15
4.4 Kildekritikk.....	18
4.5 Metodisk overveielse	18
5.0 Analyse.....	18
5.1 Analyse av forskningsartiklene	19
5.2 Resultater	19
5.21 Artikkel 1	19
5.22 Artikkel 2	20
5.23 Artikkel 3	21

5. 24 Artikkel 4	22
5.3 Oppsummering av de viktigste elementene i artiklene	23
6.0 Drøfting	24
7.0 Avslutning	33
8.0 Litteraturliste	35
Vedlegg 1 – Søkehistorikk	38

1.0 Innledning

Utviklingshemming og psykiske helse blir omtalt i Meld.St. 45 (2012-2013) Frihet og likeverd. Meldingen inneholder beskrivelse av utviklingshemmede, som har like, eller høyere forekomst av psykiske lidelser, enn resten av befolkningen. Mennesker med utviklingshemming kan og vil i mange tilfeller være mer sårbare for konsekvensene av psykiske lidelser.

NAKU har rapportert videre en oppsummering av nasjonal og internasjonal forskning om utviklingshemming og psykiske lidelser. Rapporten viser en høyere forekomst av psykiske lidelser/tilstander og diagnoser hos mennesker med utviklingshemming. Det er også utfordring ved kartleggingsmetoder, som er tilpasset utviklingshemmede og psykisk helse (NAKU, 2019), (Ellingsen, 2007), (Kittelsaa, 2008).

Selv om det i løpet av de siste årene er mer tilgjengelig forskning om utviklingshemmede og depresjon, mangler det likevel store representative studier, som omhandler prevalens, debut og prognose (Bakken, 2020).

Depresjon er en av de mest vanlige forekomstene av psykisk lidelser i befolkningen. Der ca. 15 % av normalbefolkningen på et tidspunkt i livet vil utvikle symptomer på depresjon. Det er sprikende forekomsttall i antall studier, som omfatter psykisk lidelse hos mennesker med psykisk utviklingshemming, og depresjon er ikke et unntak (Knudsen, 2020, s. 104). En undersøkelse gjort av Kraft, et al (Knudsen, 2012) blant personer som har lett utviklingshemming, peker det på en samlet prevalens av psykiske lidelser i ca. 49% av tilfellene. Dette tilsvare tre ganger så hyppig som normalbefolkningen (Knudsen, 2020, s. 103).

Vernepleiere skal ha kunnskap om psykisk lidelser og ulike former for forebygging, behandling og rehabilitering. Ved å ha denne kompetansen står vi som vernepleiere i en særstilling gjennom å ha både et klart helsefaglig og sosialfaglig ståsted. Denne helsekompetansen utgjør med dette en viktig faktor i den vernepleierfaglige handlingskompetansen (Ellingsen, 2014, s. 194) (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s.4).

Formålet med denne oppgaven er å benytte eksisterende kunnskap, teori og forskning innenfor emnet vårt, for å besvare problemstillingen.

Jeg vil starte oppgaven med å begrunne valg av tema, og hvorfor det er relevant i forhold til min utdanning. Videre presentere problemstillingen og hensikten med den, der jeg til slutt vil beskrive hvordan oppgavens videre disposisjon ser ut. Problemstillingen jeg har valgt å benytte er:

Hva kan være medvirkende faktorer for at mennesker med utviklingshemming utvikler depresjon?

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom studieårene som vernepleierstudent har vi lært om psykiske lidelser, deriblant depresjon. Det var ikke før tredje året, psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming var på fagplanen. Dette er et tema har interessert meg, og noe jeg så frem til å lære mer om. Jeg synes det vil være viktig å opparbeide kunnskap om dette emnet. Dermed vil bachelor oppgaven være en god mulighet for å utvide kunnskapen, og gi en bedre forståelse av sammenhengen. Gjennom jobberfaring og praksis har jeg vært borti endel tilfeller der mennesker med utviklingshemming (som bor i kommunale boliger) i lett-moderat grad, har utviklet symptomer på depresjon. Utløsende faktorer har vært f.eks. tap av nære relasjoner, forelskelse i personalet og dårlig selvfølelse.

Undersøkelser opp igjennom årene viser til at personer med utviklingshemming har økt risiko for å utvikle kroniske sykdommer, og i tillegg økt hyppighet av risikofaktorer som forbindes med dårlig helse (Knudsen, 2020, s.103). Derfor vil det være viktig med kompetanse for å fange opp, vurdere, forebygge og iverksette tiltak når problemene melder seg (Knudsen, 2012, s.83). Forskning viser høyere forekomst av psykiske tilstander og diagnoser hos mennesker med utviklingshemming; Cooper & Bailey, 2001; Moss mfl.,1997; Matson & Shoemaker, 2011; Einfeldt mfl., 2011, her er blant annet depresjon, selskadede atferd, angst og psykoser fremtredende. I møter med pårørende og hjelpeapparat forteller utviklingshemmede selv, og deres pårørende, at mange er engstelig for å dra til legen. «Det er vanskelig å sette ord på hva som er galt», «fortelle hvor det er vondt», og mange opplever det å ikke bli tatt på alvor av helsevesenet. Samtidig som symptomer blir oversett, av ulike grunner, f.eks. diagnostikk overskygning eller utskiftning av personalet. Personer med utviklingshemming vil i større grad trenge nære relasjoner og daglig/kontakt oppfølging (Ellingsen, 2014, s.202) (Knudsen, 2020, s.104).

Vernepleiere som profesjonsutøvere møter mange forventinger om både spesifikt innhold i sin kompetanse og kritiske vurderingsevne som grunnlag for yrkesutøvelse. Profesjonens kompetanse relateres videre både til kunnskapsgrunnlag og praktisk øvelser (Nordlund, Thronsen & linde, 2015, 25).

I rammeplanen for vernepleierutdanningen, skal en ha kunnskap om medisinske og naturvitenskapelige emner, pleie og omsorg og psykisk helsearbeid. Denne helsekompetansen utgjør med dette en viktig faktor i den vernepleierfaglige handlingskompetansen (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s.4).

Dette er kunnskap jeg skal bære med meg gjennom min vei videre i vernepleier yrket. Dermed med å velge tematikk som utviklingshemming og depresjon, belyser jeg både et kunnskapshull og et interesseområde (Bakken, 2020).

1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling

Tema jeg har valgt til oppgaven min er ***utviklingshemming og depresjon*** der den følgende problemstillingen er: ***Hva kan være medvirkende faktorer for at mennesker med utviklingshemming utvikler depresjon?***

Hensikten med denne oppgaven vil være å opparbeide meg mer kunnskap om utviklingshemming og psykisk lidelser. Knudsen (2020) skriver videre at selv om det er kommet mer forskning om utviklingshemming og psykiske lidelser, er det fortsatt mangel på representative studier (Knudsen, 2020, s. 101).

Jeg ønsker å finne ut av hvordan jeg som vernepleier, kan observere tidlige tegn på depresjon hos brukeren, som er utsatt for å utvikle en depresjon. Temaet jeg har tatt for meg er stort og åpent. I søkeprosessen jeg gjorde meg i starten av oppgaven, bemerket jeg meg det som var mest fremtredende i søk på forskningsartikler. Det var personer med lett til/og moderat grad av utviklingshemming. Derfor avgrensner jeg til å kun skrive om de to typene. Gjennom søk, har enkelte områder innenfor utviklingshemming og depresjon gått igjen. Jeg har valg å belyse tre ulike problemområder. Det vil selvfølgelig være mange flere faktorer enn det jeg nevner i denne bachelor oppgaven, som kan medføre at mennesker med utviklingshemming utvikler depresjon, men av oppgavens størrelse har jeg valgt å avgrense.

1.3 Begrepsavklaring

1.31 Psykisk utviklingshemming

Ifølge ICD-10 (F70-F79) er det diagnostiske kriteriene for psykisk utviklingshemming, tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå. Det er spesielt kjennetegn ved hemming av ferdigheter som manifester seg i utviklingen. Det er ferdigheter som skal bidra til det generelle intelligensnivået, f. eks kognitive, motoriske, språklige og sosiale. Utviklingshemming kan forekomme både med eller uten andre psykiske og somatiske lidelser (direktoratet for e-helse, 2019).

Det å ha en psykisk utviklingshemming, kan innebære svekkelser i intellektuelle funksjoner som resonnering, problemløsninger, planlegging, abstrakt tenking, vurdering, læring av skoleferdigheter og læring av erfaringer (Holden, 2016, s. 20).

1.32 Lett og moderat grad av utviklingshemming

Ifølge diagnose kriterier av ICD-10 for lett utviklingshemming, er IQ mellom 50-69 hos voksne vanlig. Den mentale alderen er fra 9 til under 12 år, og medfører ofte lærevansker i skolen. De fleste voksne er i stand til å arbeide, gjøre en samfunnsnyttig innsats, med gode sosiale forhold (Direktorat for e-helse, 2019). Samtidig vil det komme flere utfordringer i løpet av livet. Sammenlignet med jevnaldere, som har en normal utvikling, kan personen være umoden i sosial samhandling for å gi et eksempel. Det kan være vansker som det å regulere følelser og atferd, på en aldersadekvat måte, og i sosiale situasjoner ser jevnaldere dette. Den begrensede forståelsen av en risiko i sosiale situasjoner og vurderinger, gjør at personen blir mer utsatt for manipulering av andre (Holden, 2016, s 20.)

Moderat psykisk utviklingshemming gir en IQ mellom 35-49. Hos voksne er den mentale alderen fra 6 til under 9 år. Dette fører vanligvis til godt markert utviklingshemming i barndommen. Mesteparten kan læres opp til å utvikle en grad av uavhengighet i det å kunne sørge for seg selv, adekvat kommunikasjon og delvis skoleferdigheter. Det vil variere i graden av støtten voksne vil trenge, for å kunne arbeide og leve ute i samfunnet (direktorat for ehelse, 2019). Her også vil personen ha tydelig forskjell fra jevnaldere sin forståelse, sosialt og det praktiske. Vennskap med jevnaldere for eksempel, i normal utvikling, hemmes ofte av kommunikasjonsvansker og sosiale begrensninger (Holden, 2016, s.20).

1.33 Psykisk lidelse

Psykisk lidelse er en fellesbetegnelse for en gruppe ulike lidelser, som i første rekke rammer tenkning og følelser. Kroppslige funksjoner kan også rammes, i sammenheng med f.eks. mer alvorlig depresjon. Der pasienten kan i tilfeller oppleve kraftløshet, treg fordøyelse, eller/og seksuell dysfunksjon. Psykisk lidelser kan omhandle psykoser, stemningslidelser, angst- og belastningslidelser og atferdsforstyrrelser (Bakken, 2012, s.17).

1.34 Depresjon

ICD-10 definerer depresjon ut ifra perioder som har senket stemningsleie (å være nedstemthet), redusert energi og aktivitetsnivå. Det vil variere om depresjonen er mild, moderat eller alvorlig. Det avhenger av symptomenes alvorlighetsgrad og antall. Det vil likevel være noen symptomer som er mest vanlig, som forstyrret søvn, tretthet og endret appetitt. Samtidig vil selvtilliten og selvfølelsen nesten alltid være svekket (Direktoratet for ehelse, 2019).

Undersøkelser som er gjort opp gjennom årene, viser at forekomst av psykiske lidelser er vesentlige høyere hos mennesker med utviklingshemming (Knudsen, 2012, s. 82). En dansk undersøkelse av psykiske lidelser blant personer som har lett utviklingshemming, som er bosatt i kommunale boliger, peker på en samlet prevalens av psykiske lidelser i ca. 49 % av tilfellene (kraft, 2009). Undersøkelsene viste til at hele 17 % av de utvalgte lider av diagnostisert depresjon, som tilsvare tre ganger så hyppig som normalbefolkningen (kraft 2009). De offisielle kriteriene fra WHO- ICD-10, er ikke alltid så hensiktsmessig for bruk av mennesker med utviklingshemming, på grunnlag av at det kan vise atypiske symptomer, og ikke alltid klarer å redegjøre for hva de sliter med, eller plager de har (Knudsen, 2012, s.82) (Knudsen, 2020, s,101).

1.35 Symptom på depresjon hos utviklingshemmede

De vanligste symptomene på depresjon er patologisk nedsatt stemningsleie, manglende evne til å glede seg og lite energi. Mennesker med utviklingshemming, som lider av depresjon kan ofte være irritable og aggressive, men samtidig også rastløse, selvdestruktive og tilbaketrukket. Etter hvert vil en kunne legge merke til nedsatt interesse, motorisk tempo og apati. Søvn kan også være forstyrret, men det kan være vanskelig for fagfolk og de

pårørende å vite med sikkerhet, siden det bare er personen selv som kan vite hvordan den sover (helsedirektoratet, 2019).

1.36 Diagnostikk overskyging

Psykiske tilleggsvansker hos mennesker med utviklingshemming har tidligere blitt forstått som en del av funksjonshemmingen. Når alle vanskene en person med funksjonshemming har, blir tatt som en del av funksjonshemmingen, og ikke en tilleggslidelse, kalles det diagnostisk overskyging. Diagnostisk overskyging kan i mange tilfeller være utfordrende hos mennesker med utviklingshemming, som har vanskeligheter eller liten evne til å uttrykke sine vansker verbalt. Utviklingshemming medfører også en redusert kognitiv kapasitet hos personen, noe som igjen gjør det mer utfordrende å svare utfyllende nok, og svare riktig på spørsmål som blir stilt, i den forbindelsen av at en utreder personen for en diagnose (Bakken, 2012, s.18).

2.0 Oppgavens disposisjon

Oppgaven består av fire hoveddeler. Første vil jeg starte med å legge frem det teoretiske grunnlaget i oppgaven. Det vil være begrep som vil være viktig å forklare, i forhold til hvordan jeg skal drøfte problemstillingen. I andre del av oppgaven vil jeg gjøre rede for litteraturstudie som valg av metode, hvilke søkestrategi jeg har tatt i bruk, valg av data, og deretter søkehistorikk- hvilke søkeord jeg har tatt for meg. Så vil jeg tolke og analysere ulike resultat jeg har funnet ut ifra artiklene som blir valgt. Den siste delen vil bestå av drøfting opp mot teori og forskningen, for så å avslutte med en konklusjon på oppgavens problemstilling.

3.0 Teori

Teoridelen vil belyse datamateriale, som jeg skal bruke videre i analysen og drøftingen. Da det vil være viktig for å få fram flere nyanser ved det jeg skal analysere og drøfte (sokogskriv,2019). Jeg skal forklare sentrale begrep, som vil være relevant i forhold til min problemstilling: Hva som kan være medvirkende faktorer for at mennesker med utviklingshemming utvikler depresjon.

Dette vil være sårbarhet, stress, relasjoner og GAP-modellen.

3.1 Sårbarhet

Den genetiske og biologiske sårbarheten, og eller den arvelige disposisjonen for utvikling av depresjon, som også ses hos personer med normal intelligens, vil hos utviklingshemmede være snakk om økt biologisk sårbarhet, i den formen at de har et mer sårbart nervesystem som vil tåle mindre stress (Knudsen, 2012, s.84).

I tillegg vil det kognitive funksjonsnivået være nedsatt, som medfødt eller oppstått under fødselen. Mennesker med utviklingshemming kan ha utfordringer med å både kommunisere, forstå og generelt ha oversikt over omverden. Dette gjør at det ofte oppstår misforståelser og eventuelle feilslutninger i omgivelsene, som deretter fører til økt sårbarhet og belastninger. Det nedsatte kognitive funksjonsnivået gjør at det medfører vanskeligheter med å forstå egne og andres følelser, det å ivareta egen indre tilstand, som igjen fører til at personen blir mer sårbar for stress og belastninger (Bakken, 2012, s.33).

Den psykologiske sårbarheten som ofte er knytt til personen barndom, kan for mange mennesker med utviklingshemming være preget av flere nederlag, og opplevelser om det å være annerledes, og ikke få ting til. Forskning legger også vekt på at faktorer som utilstrekkelige omsorg, utrygg tilknytning, konflikter i barndommen etc. kan utvikle en psykisk lidelse, som depresjon (Gerlach, 2006),(Knudsen, 2020, s.103)

3.2 (Sårbarhet-stress- modellen (Lazarus 1967))

Slik som nevnt tidligere i denne studien, kan det være ulike årsaker til hvorfor en depresjon utvikler seg. Vanligvis som kommer det i en kombinasjon av bio-psyko-sosial modell. Videre sies det at årsaken til at det enkelte individet kan utvikle en depresjon, kan forklares i en sårbarhet- stress modell (Lazarus, 1967). I denne modellen legges det vekt på at utviklingen av depresjon avhenger av balansen mellom individets sårbarhet og opplevd stress. Jo mer sårbar individet er, jo mindre stress og belastning vil det tåle. Som vil være en faktor på hvor sårbar en person er for å f. eksempel utvikle en depresjon. En videreføring av denne modellen er også krav- kontroll- modellen. Her legges det vekt på utviklingen av at depresjon er avhengig av balansen mellom individets grad av opplevd kontroll og opplevd krav (Knudsen, 2012, s. 83).

3.3 Stress

Det er et mangfold av ulike hendelser eller stressfaktorer som vil være med på å utløse en depresjon, som sånn som beskrevet i sårbarhet - stress-modellen. Det kan derfor være utfordrende å definere hva som kan være en stressfaktor, siden det vil være individuelt. Forskingen som er gjort på depresjon, viser til at omtrent rundt 80% av depressive førstegangstilfeller vil det foreligge en alvorlig sosial hendelse, som konflikter med nærstående, tap av nærpersoner, separasjon, arbeidsløshet, flytting, tap av sosial kontakt, ensomhet eller alvorlig fysisk eller psykisk sykdom (Gerlach, 2006). Med utviklingshemmede så vil ofte tap av kontroll være en faktor på å utvikle depresjon (krav-kontroll-modellen) (Knudsen, 2012, s.83).

Ensomheten som mennesker med utviklingshemming lider av, både den eksistensielle og sosiale, mangelen på stabile relasjoner, nærhet og intimitet med andre mennesker, kan være en langvarig belastning, som kan være en medvirkende faktor på å utløse en depresjon (Knudsen, 2012, s.82).

3.4 Relasjoner med ulike egenskaper

Mennesker med utviklingshemming trenger i mange tilfeller hjelp til å vedlikeholde og til å skape nye relasjoner. Det kan være å hjelpe personen til å avtale samvær med viktige personer i brukerens liv, huske å ringe, sende melding, å se på bilder etc., noe som både brukeren selv og de involverte vil sette pris på. Ensomhet er en kilde til depresjon og andre psykiske lidelser. Dette vil være viktig hos gruppen som er mest kognitiv fungerende, som knapt trenger bistand i hverdagen, men samtidig har store vanskeligheter med å opprettholde relasjoner i livet sitt (Nylander, 2012, s.37) (Knudsen, 2020, s. 103).

Vi er ofte omringet av et flertall av mennesker i livet vårt. Det vil dermed være viktig å bemerke seg hvilken type relasjoner vi har til dem. Vi har relasjoner som er gjensidige med det en yter og det en får tilbake. Frekvens sier noe om hvor ofte en relasjon blir brukt, og hvor stor grad det er stabile og varige. Svært mye tyder på at utviklingshemmede har i mindre grad enn mange andre, tilgang til sosialt felleskap. I en undersøkelse utført av Siperstein m.fl (1997) om barn og relasjoner med andre i skole, viste det seg at barn uten lærevansker valgte i det fleste tilfeller, vekk den eleven de hadde jobbet sammen med, dersom personen hadde lærevansker. Sammenligning med et vennskap mellom barn uten lærevansker, til et barn med og en uten lærevansker, ser vi et stort fravær av gjensidig engasjement, og en relasjon som nesten alltid er asymmetrisk (Drabløs, 2000, s.465).

3.5 Sosialt nettverk og sosial støtte

Et sosialt nettverk vil bestå av uformelle relasjoner mellom mennesker som samhandler ofte med hverandre (Finset, 1986). Vi har ulike soner i et nettverk, der det er første sonen, som deltakeren har direkte kontakt med, så er det neste sone, som omhandler de deltakerne har indirekte kontakt, så forsetter sonene slik (Drabløs, 2000, s.466).

Et sosialt nettverk kan inneholde både positive og negative relasjoner. Sosial støtte derimot, omhandler kun positiv og støttende i relasjoner (Drabløs, 2000, s. 465).

3.6 GAP-modell (relasjonell forståelse)

En kan gjerne se på funksjonshemming som et gap mellom krav og mestring. Dette gapet er med på å vanskeliggjør eller hindre interaksjoner, livskvalitet og deltakelse. Dette kan i mange tilfeller skyldes på hindringer og barrierer som er knyttet til individet eller miljøet som er rundt vedkommende. Barrierer knytt til individet kan være svikt i utvikling og læring f.eks. Barriere i miljøet kan være både praktisk, kulturell og av sosial art. Sosiale og kulturelle kan være verdsetting og inkludering i skole, fellesaktiviteter, fritidsaktiviteter og arbeidsplasser (Drabløs, 2000, s.470-490).

Tøssebro (2015) beskriver GAP- modellen som den relasjonelle forståelsen, og forklarer det som i hovedsak dreier seg om praktiske problemer, som videre er et resultat av manglende samsvar i funksjonsevnen hos vedkommende og funksjonskravet i miljøet de lever i (Tøssebro, 2015).

4.0 Metode

Metoden er redskapet vi bruker i vårt møte med noe vi vil undersøke. Metoden vil hjelpe oss til å samle inn data, og den informasjonen vi trenger for å undersøke noe (Dalland, 2017. s 52). I dette kapittelet vil jeg fremstille hvordan jeg har valgt å gå frem i min studie. Jeg vil begynne med å legge frem litteraturstudie og kunnskapsbasert praksis. Så vil jeg presentere søkeprosess og datasamlingen. Deretter vil jeg legge frem kildekritikk og metodisk overveielser.

4.1 Litteraturstudie

Bacheloroppgaven min har tatt utgangspunkt i en klassisk litteratur studie. Det er en omfattende studie, hvor det vil være hensiktsmessig å tolke litteraturen som er relevant innenfor det temaet jeg har valgt (Dalland, 2019, s 206). Opplysningene jeg opparbeider meg gjennom den relevante forskningen blir satt i kontekst av andre opplysninger. I en litteraturoppgave vil en hente data fra en eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2019, s 207).

Den kvantitative metoden har den fordelen at den gir data i form av målbare enheter. Det vil gi oss en mulighet for å finne gjennomsnittet av noe, eller for eksempel finne ut hvor stor prosent del av befolkningen som sliter med depresjon. Mens den kvalitative metoden vil fange opp meninger og opplevelser til informantene (Dalland, 2019, S. 52). I min oppgave, vil det være en kvantitative og tre kvalitative artikler, for å få et bredere perspektiv på problemstillingen.

4.2 Kunnskapsbasert praksis

Denne oppgaven vil ta utgangspunkt i metoden kunnskapsbasert praksis, som vil inneholde bruk av ulike kunnskapskilder i praksis. Når jeg tar i bruk forskningsbasert kunnskap, med erfaringer fra praksis, brukerens kunnskap, og behovet deres, vil det bidra til å bedre kvaliteten på tjenestene våre, og i oppgaven. Dermed ved å bruke kunnskapsbasert praksis, kan det hjelpe meg å øke bevisstheten om å reflektere over hvilke kunnskapskilder jeg baserer studien min på. Formålet med å bruke denne metoden er for å styrke beslutningsgrunnlaget mitt, og vil være med på å bevisstgjøre hvor kunnskapen kommer fra. Det vil derfor være viktig at vi lærer metoder å søke frem den best tilgjengelige kunnskapen og kritiske vurdere den (Helsebiblioteket, 2019) (Nordlund et al.,2015, s. 34).

4.3 Søkeprosess og datainnsamling

For at jeg skulle finne relevant forskning for problemstillingen min, ble det gjort ulike søk i ulike databaser. I denne studien har jeg benyttet PubMed, EBSCO, Oria, Google scholar, Pyscinfo, SveMed+ og idunn, helsebiblioteket og det norske nasjonalbiblioteket. Jeg tok i bruk de databasene fordi de inneholder kvalitativ/kvantitativ forskning innenfor utviklingshemming og depresjon, og hadde relevante artikler jeg kunne bruke i oppgaven min.

Når jeg skulle søke ble det gjort både strukturerte søk (der jeg brukte flere søkeord, og kombinerte de) og ustrukturerte søk (der jeg f.eks. brukte kun utviklingshemming) for å få en god oversikt over hva som ligger ute i forhold til tema og problemstillingen min (Dalland, 2019, s. 219).

Gjennom kurs har vi fått opplæring i å bruke gode søkeord, bruke ordbøkene i databasene, slik at jeg kunne søke best mulig, å finne flest mulig artikler. I start fasen var det nyttig å få et overblikk av hva som ligger ute og hva en bestemmer seg for å bruke, slik at en kan gå mer i dybden. Etter hvert som søkene ble gjort, bemerket jeg meg søkeord som var gjentakende i ulike forskningsartikler, som gjorde at jeg konkretiserte søkene enda mer, til jeg fant de utvalgte.

Følgene søkeord som jeg tok i bruk var: Psykisk utviklingshemming, utviklingshemming, depresjon, psykisk helse, psykisk lidelse, sårbarhet, intellectual disability, mental disorder, mental health, depression, stigma, vulnerable, mental illness, stress, realtions, early adulthood, life events, risk factors og self esteem.

Det var utfordrende å finne artikler ved å bruke norske søkeord som utviklingshemming og depresjon. Dette førte meg videre til å søke på engelsk. Det mest brukte var «intellectual disability and/or depression». Viser til søkeloggen i vedlegg 1. Jeg bestemte meg for å lage et inklusjons og eksklusjonskriterier i søkeprosessen min, for å kunne tydeliggjøre søkene mine enda mer, og konkretisere det opp mot problemstillingen min. Dermed var det letter å velge bort artikler hvis det ikke hadde det kriteriene jeg var ute etter.

Inklusjonskriterie	Ekksulsjonskritere
Fagfelleverderte artikler	Barn og geriatri pasienter/brukere
Atrikler som er skrevet på norks, dansk, svensk eller engelsk.	
Voksne (18år og oppover)	Demens
Pyskiske lidelser	
Pyskisk utviklingshemming/utviklingshemming	Autisme, Downs syndrome
Kvalitativ og kvantitativ metode	
Artikler som er fra 2010 eller nyere	Atrikler eldre enn 2010

Søke ordene jeg benyttet, ble brukt individuelt, i første omgang, deretter tok jeg «and» og «or» in. Dette gjorde at jeg kunne kombinere setningene, som var mer relevant for min problemstilling. Jeg så først på tittelen på artikkelen, deretter klikket jeg meg videre for å se på innholdet. Der leste jeg først innledningen eller sammendraget, for å kunne se om det var relevant nok for mitt tema. Dette ble fort den mest effektive måten å gjøre det på, med tanke på at det var ganske mange artikler å lese igjennom, noe som ble tidskrevende. Deretter hvis jeg kom til en artikkel som inneholdt det jeg så etter, valgte jeg å stoppe opp, og lese den enda mer inngående. Etter hvert valgte jeg ut fire artikler som blir med meg videre i analysene, og som jeg mener, belyser godt det temaene jeg er ute etter. Det er artikler som er skrevet de siste 10 årene, der en av de er 10 år gammel. Til tross for dette, har jeg vurdert at det sammenlagt med de andre artiklene, ble en god løsning for å kunne svare best mulig på problemstillingen.

Her vil jeg vise til et eksempel på hvordan jeg utførte søkene mine;

Conder, J. A, Mirfin- Veitch, B. F., Gates, S. (2015). *Risk and resilience factors in the mental health and Well- being of women with intellectual disability*. Journal of Applied research in intellectual disability, 28, s. 572-583 <https://onlinelibrary-wileycom.galanga.hvl.no/doi/full/10.1111/jar.12153>

Dato lest; 28/03/2020

søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Kommentar
	PsycInfo			
Intellectual disability			19934	
Mental health			58634	
Risk factors			78299	
Last 5 year		1 AND 2 AND 3 AND 4	123	

4.4 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som brukes i oppgaver for å forstå om en kilde er sann, gjennom vurdering og karakterisering (Dalland, 2018, s.152).

Gjennom hele søkeprosessen har jeg vært svært kritisk til hvilke artikler jeg skulle ta i bruk. Jeg skulle f.eks. ikke ha eldre artikler enn 10 år (for å ha oppdatert og nyere forskning) og deretter var søk i Oria nødvendig, slik at jeg kunne se om de var fagfellevurdert, når det ikke gikk å krysse av det merket i andre søkebasert. Jeg har tatt i bruk KPB (kunnskapsbasert praksis) læringsverktøy, for å vurdere om artiklene var gode nok, og relevante for min problemstilling. Jeg vil gå grundig gjennom søkene jeg gjør meg, og hvordan jeg har søkt. Videre har jeg søkt opp om kildene jeg har brukt er troverdige nok, og hvor relevant det er i forhold til oppgavens disposisjon. Jeg har både vurdert og karakterisert den litteraturen jeg har funnet. Artiklene jeg har valgt ut, bli kategorisert som det første nivået i kunnskapspyramiden, som er studier (helsebiblioteket, 2019).

Ved å lage et inklusjons og eksklusjons kriterier har jeg også redegjort for hvilke kriterier som skal være med meg i søkeprosessen (Dalland, 2019, s. 159-163). Slik som nevnt lengre oppe var det ganske mange treff på det enkelte søkeordene jeg tok i bruk, og det var utfordrende å finne forskning som var på norsk. En del av artikkelen jeg fant var også utilgjengelig for meg, noe som gjorde det ekstra utfordrende å finne gode artikler å bruke.

4.5 Metodisk overveielse

Artiklene jeg benytter i oppgaven er på engelsk. Jeg som norsktalende har måttet tolke, og oversatt tekstene. Det kan tenkes at oversettelsen kan inneholde feiltolkning, hvilket kan være en svakhet ved oppgaven. Artiklene er både kvalitativ og kvantitativ, for at jeg skulle få mest mulig bredde og dyp forståelse for å kunne svare på problemstillingen (Dalland,2019, s.159).

5.0 Analyse

I denne delen av oppgaven skal jeg vise hvordan jeg gikk frem for å analysere artiklene. Jeg har valgt ut fire artikler som jeg skal vise resultat av. Å analysere en tekst, vil si å granske hva teksten forteller, og du tolker teksten for å kunne forsøke å forstå den (Thidemann, 2017, S.91).

5.1 Analyse av forskningsartiklene

Jeg startet med å lese nøye gjennom alle. Både i en helhet, men også delt opp i mindre deler. Dette var for å forstå hva som sto der enda bedre, og for å få tak i det jeg var ute etter. Gjennom min analyse var det viktig å ha problemstillingen tilgjengelig hele tiden, slik at jeg husket bedre hva jeg skulle se etter. Jeg hadde en og en artikkel oppe om gangen, der jeg leste den svært nøye. Jeg markerte det feltet jeg synes var mest relevant for min oppgave og problemstillingen. Jeg hadde ulike fargekoder på ulike temaer, for å få en god oversikt over sammenhengen, og der fra kan en se likheter og ulikheter (Thidemann, 2017s. 93).

Jeg har også valgt ut en artikkel som bare omhandler og tar for seg kvinner sine psykiske problemer, og ikke den generaliserte befolkningen. I studien skriver de at dette ikke bare er problemområder som kun berører kvinner, men også andre. Derfor har jeg vurdert det slik at denne passer inn i min oppgave.

Etter å ha valgt ut artiklene mine, bestemte jeg meg for å ha søkelyset på tre temaer som jeg vil belyse. Det har vært tema som er gjentakende i den forskningen jeg har funnet, og er noe jeg mener svarer greit på problemstillingen min.

5.2 Resultater

Teamene jeg har kommet frem til, er resultatet jeg har sammenfattet. Resultat vil bli presentert i en løpende tekst, hvor innholdet skal beskrives så detaljert som mulig (Thidemann, 2017).

Jeg har valgt å skrive om tre hovedtemaer innenfor medvirkende faktorer for å utvikle depresjon. Det er relasjoner (sosial støtte og sosialt nettverk), livshendelser- som er stressutløsende, og selvfølelse- og sammenligning med andre.

5.21 Artikkel 1

Forfatter: «*It's like an itch and I want to get it away but it's still there` : understandings and experiences of anxiety and depression among young people with intellectual disabilities.*

Forfatteren bak studie er Kirsten Stalker, Andrew Jahoda, Alstair Wilson og Anja Cairney.

Formålet: Studien forsker på hvordan unge mennesker med utviklingshemming forstår og opplever angst og depresjon. Menneskene med utviklingshemming forteller hvordan de føler diagnosene påvirker livene deres. Deretter forsker de videre på hvordan foreldre/familie og andre personalet identifisere og håndtere angst og depresjon hos de unge, og hvordan den sosiale støtten til de utsatte er (Stalker, Jahoda, Wilson & Cairney, 2011).

Metode: Dette er en vitenskapelig artikkel, som ble funnet igjennom søk i Oria (se vedlegg1). Det er en empirisk studie, som ble publisert i 2011. Den baserer seg på en kvalitativ metode. Bidraget er skrevet fra en toårs studie som er en organisasjon for mennesker med utviklingshemming, og er gjennomført i Skottland.

Funnt: Funnet som ble utarbeidet i denne studien, er en påminnelse om hvor søkelyset på de unge menneskene med utviklingshemming ligger. Funnen viser blant annet at kravene for utredning av den psykiske helsen til utviklingshemmede blir oversett, og bør håndteres annerledes. I tillegg kan det hevdes at deres kognitive svikt gjør at unge mennesker med utviklingshemming har færre personlige ressurser for å håndtere belastninger, som er forårsaket av miljøfaktorer, deriblant fattigdom, tap av nærpersioner, sosial-isolasjon, og andre viktige livsutfordringer. I studien peker de på en rekke koblinger, som vanskelige forhold og depresjon. Ikke bare vil sosial eksklusjon føre til at folk får færre positive roller, og den sosiale støtten, men det vil også igjen øke sårbarheten for å utvikle en depresjon. Ofte når et aspekt av livet har vært utfordrende, f.eks. arbeid, kan det være begrenset mulighet for å kompensere dette med suksess på andre områder også. I studien var det 17 unge voksne med lett utviklingshemming med. Alle hadde eller har blitt diagnostisert med depresjon, eller en svak psykisk helse, som både var bemerket av helsepersonell og familie. De unge voksne som var med, var i alderen 16-26, der det var 9 menn og 8 kvinner (Stalker et al.,2011).

5.22 Artikkel 2

Forfatter: «*Depression and anxiety symptoms during the transition to early adulthood for people with intellectual disabilities*». Forfatterne bak studie er Austin, K.L., Hunter, Gallagher, E. & Cambell, E.L

Formålet: Austin et al., (2018) redegjør i sin studie for sammenhengen med å sammenligne seg med jevngamle- og det å ikke nå den selvstendigheten som kreves for et voksenliv, på lik linje som mange andre. Dette kan i mange tilfeller oppleves som stressende og nedverdiggende, samtidig som det verbale språket ofte er et hinder, som gjør at de ikke får uttrykt eller blir forstått slik de vil. Utfordringer knytt til avgjørelser, ivaretagelse, selvrefleksjon og mestring er f. eks noen av det medvirkende faktorene for å utvikle en depresjon (Austin et al., 2018).

Metode: Dette er en vitenskapelig artikkel som ble funnet igjennom søk i oria (se vedlegg1). Det er en empirisk studie, som ble publisert i 2018. Den baserer seg på en kvalitativ metode, og studien kommer hovedsakelig fra Universitet av Newcastle, Callaghan, og New south Wales, Australia.

Funn: Videre legger de vekt på hvor utfordrende det kan være med livsoverganger. Der utgangspunktet er overgangen fra ungdom til voksen, som er en stor milepæl i livet. Det er en tid for utforskning om seg selv og miljø. For mennesker med lett utviklingshemming vil det være en ekstra stor utfordring. Økt sårbarhet og økt utgangspunkt for psykisk lidelse, som depresjon, gir mer ansvar og byrde på den unge personen med utviklingshemming. Ofte sammenlignet med jevngamle, så vil det ikke nå den selvstendigheten som kreves for et voksenliv, på lik linje som mange andre. Dette kan oppleves som svært stressende og nedverdiggende. Mellom 3% og 6% av befolkningen lider av en psykisk lidelse. Unge med utviklingshemming er trippel så mye utsatt. Vanskeligheten med å oppdage symptom, eller diagnostisk overskygning, som ofte kommer med diagnosen utviklingshemming, gjør de mer utsatt. Det verbale språket, er svekket i mange sammenhenger, som gjør at de ikke kan fortelle om symptomer og problemer. Samtidig så er det utfordringer knytt til ivaretagelse av seg selv, det å ta beslutninger og sosiale interaksjoner (Austin et al., 2018).

5.23 Artikkel 3

Forfatter: «*Detecting and treating depression in people with mild intellectual disability; the views of key stakeholders*». Forfatteren bak denne studien er Jane A. McGillivray og Marita P. McCabe.

Formålet: Studien tar for seg hvordan unge voksne med utviklingshemming opplever depresjon, hvilke symptomer som viser seg, og hvordan vi som står på utsiden kan oppdage det. Den legger vekt på at et flertall av mennesker med utviklingshemming føler seg deprimert, og ofte går med diagnosen uoppdaget. Det vil derfor være særdeles viktig å kartlegge/utrede tidlig, og begrense utfallet. Studien har tatt for seg en spørreundersøkelser (64 stk), der de spurte noen mennesker med utviklingshemming, noen pårørende og noen helsearbeidere, om hvordan de opplever depresjonen, og hva som eventuelt kan være med på å forårsake at det blir utviklet en depresjon hos den enkelte (McGillivray og McCabe, 2010).

Metode: Det er en empirisk studie, som ble publisert i 2010. Den benytter seg av en kvantitativ metode. Studien kommer fra School of psychology i Deakin university og Burwood Victoria I Australia.

Funn: Det var en del årsaker som kunne være med å medvirke en depresjon til å bli utviklet. Det de la vekt på i studien, var å isolere seg selv, trekke seg unna; være aleine, og noen ganger selvskading. Samtidig la de vekt på det som kunne hjelpe. En god sosial støtte- venner og familie rundt seg som viste omsorg. Helsepersonell og annet personalet som var rundt menneskene med utviklingshemming, hadde i mange tilfeller for lite kunnskap om utviklingshemming og depresjon, noe som både de berørte (utviklingshemmede) og annet personell fortalte i studien (McGillivray og McCabe, 2010).

Videre i studien til McGillivray og McCabe (2010) skriver de at det er stort behov for program for å kunne identifisere og behandle depresjon for mennesker med lett utviklingshemming. Det har vært diskutert lenge om diagnose kriteriene for depresjon, til mennesker med utviklingshemming, burde endres. Dette vil være på grunnlag av at andre kriterier burde gjelde, når en skal utrede den psykiske helsen hos utviklingshemmede. Spørsmål om det vil være etisk og faglig forsvarlig å bruke det originale kriteriene, kommer frem. Mennesker med utviklingshemming har ofte utfordringer med kommunikasjon og selvrefleksjon. Det er ikke alltid de vet hva som er best for dem selv, hvordan de skal forklare eller fortelle andre om vanskene sine (McGillivray og McCabe, 2010).

5. 24 Artikkel 4

Forfatter: *“Risk and resilience factors in the mental health and well-being of woman with intellectual disability”* Forfatterne bak denne artikkelen er Jennifer Ann Conder, Brigit Frances Mirfin-Veitch and Sue Gates.

Formålet: Denne artikkelen tar for seg hvordan kvinner med utviklingshemming er i risikogruppe for å kunne utvikle en psykisk lidelse. Både fordi de kan være svært sårbare for omgivelsene, som et resultat av deres selvisolasjon, stigmatisering og eksponering for psykisk og fysisk vold. Der det også er lite kunnskap om hvordan støtten til kvinnene bli utarbeidet, og om de i det hele tatt får det (Conder et al., 2015). Denne studien tar for seg en bred

kvalitativ undersøkelse, der det er 25 kvinner i fra New Zealand, i alder 21-65 år, som blir intervjuet om livet fra barn til voksen. Studien legger vekt på viktigheten av sosial støtte.

Metode: Dette er en empirisk studie, som ble publisert i 2015. Den benytter seg av en kvalitativ metode. Bidraget er skrevet i journal of applied research in intellectual disability. Denne studien omhandler bare kvinner, men har likevel vurdert den til passende å ta med, da den er en viktig del av oppgaven min.

Funn: Studien legger vekt på viktigheten av sosial støtte. Det å ha venner og familie- som viser omsorg rundt seg, vil være en fordel. En hverdag som er meningsfull, med et «travelt» liv, autonomi og glede. Risikofaktor for å kunne utvikle en psykisk lidelse, er blant annet en blanding av mishandling, langvarig-stress, stresshendelser, og medisiner (Conder et al., 2015)

I studien til Conder et al., (2015) rapporterte mesteparten av kvinnene som var med i studien, en opplevelse av stressfulle hendelser som hadde skjedd, men ikke alltid resulterte i en psykisk lidelse. Når dette skjedde flere ganger, og i den sammenheng uten et nettverk rundt seg, og støttespillere til å hjelpe til å håndtere slike hendelser, resulterte det ofte i en psykisk lidelse. Flere av kvinnene opplevde utfordringer i forhold til livsoverganger, og støtte igjennom det. En ensomhet i skolesammenheng, det å føle at en blir glemt bort i systemet, og krav som var for høye, som ofte resulterte i å ikke ville dra på skolen lengre. Selv om det var tilrettelagte klasser mange av de kvinnelige deltakerne gikk i, hjalp det fort lite når de ble stående alene etter endte skolegang. Der andre forventet mer og ingen tok var på dem lengre..

Dette var også en faktor som var med på å skape en «usynlighets følelse» hos mange av de berørte kvinnene.

5.3 Oppsummering av de viktigste elementene i artiklene

Relasjoner (sosial støtte og nettverk)

Det som har vært gjentagende, og en helt sentral del i alle studiene, er at deltakerne (utviklingshemmede) opplever en form for ensomhet. Mangel på god sosial støtte, og et sterkt intimt nettverk i hverdagen, er noe de fleste deltakerne synes er utfordrende, og mangel på (Conder et al, 2015), (Stalker et al.,2011), (McChillivray & McCabe 2010), (Austin et al., 2018). Studiene belyser utfordringer knytt til ivaretagelse av seg selv, sosiale interaksjoner, og hvordan de skal samhandle- og kommunisere med andre. Videre hvordan koblingen mellom relasjon til andre og depresjon har en innvirkning på deres hverdag, som igjen vil øke

sårbarheten for å utvikle en depresjon Conder et al, 2015), (Stalker et al.,2011), (McChillivray & McCabe 2010), (Austin et al., 2018).

Livshendelser – som er stressutløsende

Det som videre har vært fremtreende i studiene, og som blir lagt særdeles mye vekt på, omhandler livshendelser som har vært stress-utløsende. Dette har vært i form av tap av nærpersoner, flytte ut av hjemmet, endte skolegang, starte i ny jobb og mishandling etc. (Conder et al, 2015), (Stalker et al.,2011), (McChillivray & McCabe 2010), (Austin et al., 2018). De tar ofte utgangspunkt i overgangen fra ungdom til voksen, som er en stor milepæl i livet. Dette vil for mennesker med utviklingshemming være en stor belastning, og føre til endel mer stress og angst, for å enten mislykkes, eller være alene etc. Dette var alle fellesnevnerne av risiko for utvikling av psykisk sykdom, f. eks depresjon (Conder et al, 2015), (Stalker et al.,2011), (McChillivray & McCabe 2010), (Austin et al., 2018).

Selvfølelse- og sammenligning med andre

Studiene belyser hvordan deltakeren med utviklingshemming har en tendens til å sammenligne seg med andre. Dette påvirker selvfølelsen negativt, og er noe som er fremtreende i forskningen som blir gjort. Overgang fra ungdom til voksen, er en fellesnevner, som er svært utfordrende, også for selvfølelsen (Conder et al, 2015), (Stalker et al.,2011), (McChillivray & McCabe 2010), (Austin et al., 2018). Utfordringer med å ta beslutninger «helt selv», håndteringen av tanker, opplevelse av mestring etc. er alle medvirkende faktorer for utviklingen av depresjon, og som er fremtreende for de fleste deltakerne i forskningen (Conder et al, 2015), (Stalker et al.,2011), (McChillivray & McCabe 2010), (Austin et al., 2018).

6.0 Drøfting

I dette kapittelet skal jeg drøfte hvordan resultatene svarer på min problemstilling;

Hva som kan være medvirkende faktorer for å utvikle en depresjon hos mennesker med utviklingshemming?

Jeg skal etter beste evne vise hvordan resultatet forholder seg til teori og forskning som er inkludert i oppgaven min (Thidemann, 2017). Som vi har sett gjennom analysen, så har jeg lagt frem 3 ulike temaer, som en oppsummering av resultat til de ulike forskningsartiklene.

Relasjoner (sosial støtte og sosialt nettverk)

I studien til McGillivray & McCabe, er alle deltakeren enig i et økt behov for personlig- og sosial støtte. De belyser videre det positive miljøer rundt dem, der tiltak som er spesielt tilegnet dem, i tilfeller eller situasjoner der deltakerne opplever stress eller tap av noen. Dette er for å møte det behovene mennesker med utviklingshemming måtte trenge, når de i tillegg har en psykisk sykdom (McGillivray & McCabe, 2010). Knudsen (2020) beskriver en rekke biologiske faktorer som kan bidra til å utløse og opprettholde en depresjon. Dette tenker jeg imidlertid er essensielt bland alle grupper mennesker, uavhengig av diagnosen eller ikke. Jeg erfarer likevel gjennom min praksis at kartlegging av det sosiale nettverket til denne gruppe mennesker, var noe som var nødvendig i tjenesten.

Det å ha et nært forhold til familie og venner betyr mye for mange av oss, og det gir ofte en positiv innflytelse på hverdagen vår. I studien til Conder et al., (2015) pekte flertallet av de kvinnelige deltakerne på hvem de inkluderte som venner og familie. Det som var interessant og bemerkelsesverdig, er at denne gruppen inkluderte i tillegg til sin egen familie, både personalet, støttekontakt, familievenner og andre som de møtte gjennom daglige aktiviteter. Kjæreste var også nevnt (Conder et al.,(2015).

Videre skiver Knudsen (2020) om manglende relasjoner, intimitet med andre mennesker, og den følelsesmessige nærheten, som faktorer som kan være med på å utløse depresjon, hos utviklingshemmede (Knudsen, 2020, s.104). En del i denne gruppen opplever både eksistensiell og sosiale ensomheten (Knudsen,2020). Dette la jeg også merke til gjennom praksisen min. Mange følte seg ensom, og gav flere ganger uttrykk for at de ikke hadde venner. Jeg tenker at terskelen for at denne gruppen utvikler symptomer på depresjon kan være høyere enn andre. Man vet også i tillegg at det ikke skal store belastninger til før det blir frigjort hormoner og signalstoffer i hjernen, som fører til at depresjonen lettere blir utløst, dette støtter også Knudsen (2020) opp med.

Knudsen (2020) skriver at faktorer som utilstrekkelig omsorg, konflikter i hjemmet, utsatt barndom, utrygg tilknytning, fysisk og seksuelle overgrep, kan medføre økt produksjon av kortisol og skader i det limbiske system. Dette kan videre gi en økt sensitivitet for stress, og dermed føre til økt biologisk og psykisk sårbarhet, til å utvikle psykisk sykdom eller depresjon (Knudsen, 2020, s.103). Dette er faktorer jeg antar flere har dokumentert, og en teori som muligens blir brukt på tvers av ulike utdanninger innenfor helse og omsorg. Det er heller ikke vanskelig å forestille seg at disse faktorene kan føre til en form for psykisk lidelse, - og eller eksempelvis depresjon.

Eknes (2000) beskriver en undersøkelse gjort av Reiss og Benson (1985), blant voksne personer med lett utviklingshemming. Det jeg bemerket meg her var en klar sammenheng mellom depresjon og manglende sosialt nettverk. De målte ensomheten ut ifra opplevd intimitet og kvalitet på relasjonene, istedenfor å bare sette søkelys på hvor mange personen kjenner (Eknes, 2000, s.155). Jeg tenker at en med nedsatt utviklingshemming som i tillegg har et lite nettverk, og det de har er kanskje relasjoner som er svake og asymmetriske i tillegg, er en faktor som fort kan føre til en psykisk lidelse.

I studien til Stalker et al., (2011) er mesteparten av deltakerne som er med i studien, sosialt isolerte. Dette er i sammenheng med å ikke finne en betalt jobb, noe meningsfylt å fylle hverdagen med, tilstrekkelig nok med venner, eller et intimt og viktig nok nettverk. Noen av deltakerne hadde et par venner, men hadde utfordringer med å opprettholde relasjonen, som ofte ente i tap av relasjoner. De unge utviklingshemmede i studien hadde en tendens til å tilbringe tiden hjemme, på rommet sitt. Dagene ble ofte fylt opp med å se på tv/serie og dataspill, der de følte seg frustrerte, sinte og lei (Stalker et al., 2011).

Personer med utviklingshemming vil i mye større grad trenge nære relasjoner og daglig/kontakt oppfølging (Knudsen, 2012, s.83). Dette tenker jeg er svært sentral, og viktig kunnskap å tilegne seg. Jeg la merke til gjennom praksis i studietiden at personale ble en trygg plattform for de utviklingshemmede. Selv om det noen ganger ikke var det «rette» personalet som kom på vakt, kunne det likevel bli en god dag. Jeg har naturligvis også vært med på det motsatte, der det ikke var greit i det hele tatt, og man måtte bruke lang tid for å komme i posisjon. Men som alle oss andre, er de mennesker med følelser, og en kan ikke ta for gitt at de alltid skal akseptere oss.

Austin et al.,(2018) skriver om utfordringer knytt til ivaretagelse av seg selv, samhandle -og kommunisere med andre etc. mennesker med lett utviklingshemming i studien, som igjen ble

forbundet med dårlige relasjoner (Austin et al.,2018). Dette bekrefter også Nylander (2012) og Knudsen (2012) som beskrev at de som var mest kognitiv fungerende, og trengte mindre hjelp i hverdagen, paradoksalt hadde de ifølge Nylander og Knudsen større sjanse for å utvikle depresjon. Dette kan være på grunn av at de ikke klarer å opprettholde relasjoner slik vi andre har større mulighet til, og det vil være behov for mer hjelp til dette av tjenesteyter.

Det vil være viktig å se på frekvensen av en relasjon, og ut ifra det vurdere om en skal hjelpe vedkommende med å opprettholde den eller ikke (Nylander, 2012, s37), (Knudsen, 2020, s. 105). Jeg mener det vil være en viktig faktor for mulig å kunne bidra til å dempe utvikling av en psykisk lidelse, både når det gjelder unge mennesker med utviklingshemming, men også eldre.

Gjennom praksisen min, bemerket jeg meg at det fleste som isolerte seg på rommet sitt, og som hadde ulike symptomer på depresjon, hadde et begrenset nettverk. Jeg erfarte at det var dager da det nærmeste var umulig å få de med på aktiviteter eller daglige gjøremål. For personalet var slike situasjoner ofte svært ressurskrevende, og man brukte mye tid på å finne ulike løsninger som en kunne jobbe med videre.

Livshendelser – som er stressutløsende

I studien til Hulbert- Williams, L., Hatings, R., Owen, D.M., Burns, L., Day, J., Mulligan, J. & Noone, S.J (2014) viser resultatene at mennesker med utviklingshemming opplever et mye større antall negative livshendelser. Det viser til bevis på sammenhengen mellom livshendelser og den psykisk helse til mennesker med utviklingshemming (Hulbert- Williams et al., 2014).

McCillivray og McCabe belyser i sin studie (2010) at den dårlige psykiske helsen, kan bli forårsaket av ulike grunner, som for eksempel det, å ikke forstå hva som skjer, eller klarer å bearbeide det som blir sagt eller sett. En kan på en måte dra parallell til et barn, som ikke alltid forstår hvorfor man må gjøre endringer og opposisjoner mot det på sin måte. Den psykisk utviklingshemmede har en kognitiv svekkelse i forhold til mental alder, og kan dermed ha en ekstra sårbarhet for hendelser som utgjør endring vil jeg anta.

Knudsen (2020), skriver at mennesker med utviklingshemming kan ha en biologisk sårbarhet. I den formen av et mer sårbart nervesystem som vil tåle mindre stress. I tillegg vil det være en genetisk og psykologisk sårbarhet som allerede er der. Det nedsatte kognitive funksjonsnivået, som enten er medfødt eller oppstått under fødselen, kan føre til at mennesker med utviklingshemming har vanskeligheter med å kommunisere, forstå og ha oversikt over omverden (Knudsen, 2020, s.104). Dette mener jeg er en viktig kunnskap for oss som skal arbeide med denne gruppen. Dette gjenspeiler gjerne i misforståelser og feilslutninger, i forhold til omgivelsene, som bidrar til økt sårbarhet for belastninger og stress (Knudsen, 2020, s.104). Jeg erfarte flere ganger fra jobben som assistent i kommunal bolig for utviklingshemmede, at misforståelser stadig kom opp, ofte var dette gjerne forbundet med dårlig eller misforstått kommunikasjon. Det kunne være fra personalet som hadde uttrykt seg på en «feil» måte eller andre beboere. Jeg tenker at det vil være viktig å se verden slik vi tror denne gruppen ser den. Dette mener jeg er en kunnskap som vi ikke kan legge bort, og jeg mener at dette kan være avgjørende når vi skal ta viktige avgjørelser sammen med dem. Om ikke kan det fort skape utrygghet og mangel på tillit, og man kan fort havne i en situasjon som ikke er forenlig med et godt samarbeid.

I en vanlig hverdag møter de fleste av oss på et mangfold av stressfulle hendelser, ofte tenker vi ikke så mye over det. Men for en person med utviklingshemming, er dette hendelser som blir sett på mer alvorlig, og oddsen for at stressnivået øker, tenker jeg er høy for denne gruppen.

I studien til Austin et al., (2018), omhandler det meste av artikkel hvor utfordrende det kan være med livsoverganger for mennesker med utviklingshemmede. De tar utgangspunkt i overgangen fra ungdom til voksen, som er en stor milepæl i livet for alle, uten unntak. For mennesker med utviklingshemming vil dette være en stor belastning, og fører til mye mer stress og angst, følelsen av å mislykkes, og/eller bli alene (Austin et al, 2018). Videre i studien til Stalker et al., (2011) belyser deltakerne tap av nære relasjoner (kan f. eks være flytting til en annen by), mishandling (ofte mer utsatt til å oppleve dette), stigmatisering, mobbing og et kaotisk liv som fører til en ustrukturert hverdag. Dette var årsaker som i tilfeller forårsaket depresjon (Stalker et al., 2011). Dette går også igjen i det fleste artiklene som er tatt med i denne oppgaven.

Knudsen (2020) beskriver den «umodne» personligheten, som er enda en konsekvens av den nedsatte kognitive funksjonsnivået, og som kan medføre enda mer vanskeligheter, som det å

forstå sine egne, men ikke minst andres følelser. Også vansker med å regulere sin egen indre tilstand, gjør de enda mer sårbar. (Knudsen, 2020, s.105). Dette kan etter min mening igjen påvirke et allerede kaotisk liv, tankene kan fort eskalere og bli uhåndterlig for den enkelte.

Depresjoner er i stor grad blitt forårsaket og opprettholdt av negative og uheldige måter å tenke på. Beck (1976a) beskriver en depressiv tankegang. Der personene som har en sårbarhet, har tendenser til å konkludere sterkt negativt etter en hendelse, uten at det egentlig er grunnlag for det. For å kunne gi et bedre bilde, skal jeg ta frem et eksempel av Beck. Hvis en person haster seg forbi, vedkommende har det f.eks. travelt, kan den utsatte personen tolke dette som en type avvisning og at den andre prøver å unngå en (Eknes, 2000, s. 167) (Knudsen, 2020, s.104). Dette er noe jeg selv fikk kjennskap til gjennom praksisen min, hvor de utviklingshemmede til tider hadde en pessimistisk og dysfunksjonell tolkning av seg selv, og omverden ellers. Dette kan ifølge Knudsen (2020) og Eknes (2000) være med på å opprettholde depresjoner, eller en årsak for å videreutvikle en psykisk lidelse.

Beck (1976a) beskriver videre overgeneralisering, der personen har en tendens til å overdrive negative hendelser. Det kan være så lite som om en person har blitt irritert, eller blitt irettesatt, og en fort får en annen situasjon der personen ikke liker han i det hele tatt (Eknes, 2000, s. 167), (Knudsen, 2020, s.103). Dette tenker jeg er et av flere eksempel på hvordan hendelser kan bli tolket av denne gruppen.

I Knudsen (2020) sin stress-sårbarhets-modell blir det beskrevet hva som kan være årsaken til hvorfor en utvikler en psykisk lidelse (Knudsen, 2020, s.104). Det henger sammen med individets sårbarhet og det opplevde stresset. Det er noe jeg tenker vi kan dra parallelt inn i en helt vanlig hverdag, selv om det vil være individuelle forskjeller på hva som er stressfaktorer, likedan hva som oppleves som belastende (Knudsen, 2012, s. 83), (Knudsen, 2020, s. 102). Det kan tenkes at dersom det ender i tap av kontroll, vil sjansen for utvikling av depresjon være større. I mange tilfeller kan det tenkes at personer med utviklingshemming nettopp havne i situasjoner der de opplever tap av kontroll. Det kan være i skolesammenheng, tap av relasjoner (f.eks. personalet som får ny jobb), endringer i rutiner og flytting etc.

Mesteparten av kvinnene i studien til Conder et al., (2015) rapporterte stress hendelser, uten at det nødvendigvis hadde blitt utviklet en form for psykisk sykdom. Men det som var interessant å bemerke seg, var når det skjedde flere stresshendelser på rad, og man hadde lite støtte rundt seg, var plutselig risikoen for å utvikle en psykisk sykdom større. Det å ikke bli tatt hensyn til i f.eks skolesammenheng (for høye krav), å bli «forlatt» på egenhånd når skolen

først tok slutt, og ikke ha noen å støtte seg på, gjorde det svært utfordrende for mange av det kvinnelige deltakerne. For noen ble også jobben vanskelig å håndtere, noe som resulterte i arbeidsløshet. Det var da for enkelte vanskelig å returnere tilbake til arbeidsmarkedet (Conder et al., 2015). Jeg har ikke noe erfaring å knytte inn mot dette, men det er ikke vanskelig å forestille seg at dette var en utfordring for dem.

En kan sammenlikne det med GAP- modellen (også kalt den relasjonelle forståelsen), som Tøssebro (2015) tar for seg i boken «*hva er funksjonshemming*». I stedet for å vente med at en funksjonshemmet person skal tilpasse seg samfunnet, kan samfunnet så langt det er mulig tilpasse dem. Jeg synes denne er beskrivende på sin måte, og noe vi bør ta til oss i møte med disse. Tøssebro (2015) beskriver samspillet mellom individet og omgivelsen, som er viktig kunnskap å ha med seg (Tøssebro, 2015, s. 24). Dersom en velger å se bort fra deres mentale alder og forvente at de skal klare seg på egenhånd etter endt skolegang, f.eks. i ny jobb, og stille helt andre krav enn det de kan mestre, tenker jeg at sjansen for at de vil mislykkes er relativ stor. På en annen side mener jeg det er viktig at vi gjør det vi kan for at de skal opprettholde den sosiale støtten, og får anledning til å mestre sitt eget liv så langt de klarer. Dette knytter jeg videre opp til de andre studiene som oppgaven har tatt utgangspunkt i, som Conder et al., (2015), Stalker et al., (2011) og Austin et al., (2018) og McGillivray & McCabe (2010).

Selvfølelse og sammenligning med andre

Unge mennesker har generelt over hele verden en tendens til å sammenligne seg selv med andre. Enten det er gjennom venner, sosiale medier, eller andre de møter på veien.

Dette belyser de spesielt i studien til Stalker et al., (2011) og Austin et al., (2018). De unge deltakere med utviklingshemming i studien hadde også en tendens til å sammenligne seg selv med unge på sin alder, noe som selvsagt ikke er så alarmerende sånn sett.

Om det var kjente eller ukjente personer en sammenliknet seg med spilte ingen rolle.

Spørsmål om «*hvorfor er jeg annerledes*», «*hvorfor kan ikke jeg, men han kan*», gikk igjen. De unge deltakerne visste at de var annerledes og hvilke forskjeller det utgjorde, og hva som skilte de fra andre «*normale*» unge. Tanker som å ikke føle seg god nok, og ikke strekke til ble ekstra sårt for dem. Et system som ikke var støttende og ikke gav den hjelpen de trengte

kunne være en utløsende årsak for å utvikle en psykisk lidelse. (Stalker et al., 2011),(Austin et al, 2018). Dette er noe vi som profesjonsutøvere må ta med oss i møte med dem.

Knudsen (2012) beskriver den tidlige psykologiske sårbarheten, som er knyttet til personen med utviklingshemming sin barndom/oppvekst, ofte er preget av et mangfold av nederlag, lite mestring, og følelse av å være annerledes (Knudsen, 2012, s.85). Et flertall av personer med utviklingshemming opplever at det blir stilt krav til de i hverdagen. Dette er ikke nødvendigvis feil, og kan i mange tilfeller være en god ting, og gi trygge rammer for den enkelte. Det som jeg imidlertid tenker er viktig er kunnskapen om at kravene som blir stilt, står i forhold til det de kan mestre ut ifra funksjonshemmingen. Om ikke kan de lett komme i en situasjon som kan være uheldig for de, slik som nevnt i krav-kontroll-modellen. (Knudsen, 2012, s. 83-86).

Kan det derfor tenkes at tjenesteyter har et ansvar for å tilpasse den enkelte deretter? Jeg mener dette bør være et klart ja, noe annet ville vært urimelig. De er i behov av et hjelpetilbud, og det er vi som tjenesteytere som skal sørge for at de får dette. Kravene vi stiller, må være forenelig med hva de kan mestre ut ifra deres utvikling.

Det vil være forventinger om at profesjoner i helse- og velferdsfeltet skal stå for en kunnskapsbasert praksis. Som en profesjonsutøver må man handle, og det stilles krav til forsvarlig handlinger. Det vil alltid komme situasjoner der det forventes at vi handler ut ifra det som er riktig der og da. Da vil det heller ikke alltid være anledning til å lese seg opp på forskning og fagbøker etc. Dette kan f. eks være situasjoner der en person med utviklingshemming utagerer (på seg selv, eller andre), «bare» fordi vi hadde for store krav, til det som kunne blir forventes der og da. Kanskje føler de at det ikke ble hørt, eller de kan hatt vansker med det verbale språket etc. Bak handlingene vi gjør, ligger kunnskapen, erfaringene, holdningene, ferdighetene, og verdiene. Det vil være viktig for oss som profesjonsutøvere å reflektere over hvorfor vi gjorde som vi gjorde, og hva som utløste det. (Nordlund et al., 2015, s.38-39). Jeg har erfart utagering blant beboere, og det var ingen god opplevelse for hverken brukeren eller meg selv. Det som var greit i ettertid, var at personalgruppen kunne snakke seg gjennom hendelsen, og reflektere over hvorfor det skjedde. De var fort på banen og sjekket ut om det var noe som trigget frem utageringen, eller om det var prosedyrer på avdelingen som burde justeres. Dette kan også mulig forhindre, eller i beste fall redusere en slik hendelse.

Studien til McGillivray & McCabe (2010) belyser hvordan både helsepersonell og brukeren selv opplever hvordan tankemønsteret, og følelsene har en innvirkning på risikoen for

utviklings av depresjon. Her legger de blant annet vekt på utfordringer knytt til å fortelle om følelser og tanker (McGillivray & McCabe, 2010). Tanker som kan omhandle frykt for å bli sagt nei til, gjøre feil, ikke føle seg god nok etc. og til enhver tid gå rundt å føle seg frustrert, trøtt eller hjelpeløs, som igjen er ifølge McGillivray og McCabe (2010), en indikasjon på årsaker som kan utvikle en depresjon, (Conder et al., 2015). Jeg tror i midlertidig at dersom vi som enkeltmenneske (sett bort i fra at vi har en utviklingshemming) hadde hatt noen av disse tankene, er sannsynligheten for at flere av oss hadde hatt det vanskelig i hverdagen. Derfor kan en lett dedikere noe av det studien viser, det jaget de kjenner på og selvfølelsen som blir satt ut av spill, noe som gjør det ekstra vanskelig for dem.

Bakken (2020) beskriver diagnostisk overskygning som en utløsende faktor for psykisk lidelse hos mennesker med utviklingshemming. Der de i tilfeller har utfordringer eller liten evne til å uttrykke sine vansker verbalt. Siden utviklingshemming også medfører en redusert kognitiv kapasitet hos personen, kan det i tilfeller være vanskelig å kartlegge dem (Bakken, 2020). Dersom en ikke klarer å fange opp symptomer, på for eksempel alvorlig depresjon, kan det i verste fall få en katastrofal følge. Dette kan være selvmordstanker, som kan føre til at det blir fare for at den tar sitt eget liv. Her tenker jeg at riktig kartlegging gjennom gode verktøy og høy kompetanse hos tjenesteyter vil være essensielt viktig.

McGillivray & McCabe (2010) beskriver kjærlighetsforhold som helt normalt for mennesker med utviklingshemming. Det jeg bemerker meg i denne studien, er at den viser en større sårbarhet for å utvikle depresjon i sammenheng med avvising, og reaksjonen mest sannsynlig blir annerledes (McGillivray & McCabe, 2010.) Det kan være vanskelig nok å bli avvist, og «miste» den man var glad i, og finne troen på at du skal bli glad i noen igjen. Dette vil for mange være en så stor påkjenning, og at en fort kan miste seg selv på veien. Men jeg tenker at for denne gruppen, som vi vet gjennom kunnskap, forskning og erfaring, har et annerledes behov for å kjenne tilknytning og nærhet, og som i tillegg kan ha vansker med å uttrykke seg verbalt, kan det for disse bli en ekstra utfordrende situasjon. Austin et al., (2018) setter også søkelys i sin studie, på hvordan uoppnådde sosiale og romantiske forhold, kan fort være en utløsende faktor for psykisk lidelse (Austin et al., (2018).

Selvbilde blir i stor grad utviklet i relasjon til andre mennesker. Vi kan se på andre og hvordan motparten reagerer, og dermed kan vi fort gjøre oss opp en mening om hvordan de opplever oss. Selvbilde til de unge med utviklingshemming vil derfor være avhengig av responsene de får tilbake, og det vil påvirke viktige faktorer, som hvordan de blir behandlet, interagert og

snakket til (Vatne & Breland, 2018). Også i tilfeller der den utviklingshemmede har en uheldig eller negativ måte å tenke på, vil dette være viktig å bemerke seg (Eknes, 2000, s. 165), (Knudsen, 2020, s.103). Min oppfatning er at verden oppfattes annerledes for en person med utviklingshemming, enn det den gjør for oss andre. Jeg tenker at relasjons kompetanse er en grunnleggende kunnskap i møte med disse personene. Forhåpentligvis kan vi klare å legge til rette for at de kan få nytte sine ressurser best mulig.

7.0 Avslutning

Gjennom denne oppgaven har jeg forsøkt å belyse hva som kan være medvirkende faktorer for at mennesker med utviklingshemming utvikler depresjon. Det har vært noen lærerike måneder for meg. Imidlertid så gav tidsperspektivet en del begrensinger, men likevel har arbeidet gitt meg bedre forståelse av temaet enn hva jeg hadde i starten av oppgaven. Det som jeg finner litt kritikkverdig, er at det til dels var utfordrende å finne god informasjon om utviklingshemming og depresjon.

Forskningen som er brukt i oppgaven og pensumet vi har hatt gjennom studiet, viser til at sårbarheten for å utvikle depresjon bland denne gruppen er stor. Forhåpentligvis kommer dette frem gjennom oppgaven.

Eksempelvis er det blant annet pekt på at de har en biologisk sårbarhet, og de har et større behov for nærhet i relasjonsbygging, de blir fortere knyttet til en, og anser deg fort som nære venner eller omtaler deg som familie, selv om du kanskje opplever at du ikke er det. De har en ekstra sårbarhet for avvisning og kan lett mistolke, og bagateller kan fort bli en stressutløsende hendelse som kan få negativ effekt. De har en spesiell utfordring når det gjelder skole så vel som arbeidslivet, da de trenger tilpasset endring.

I midlertidig kan de forstå og ta inn enkel informasjon, men dessverre så har de vanskeligheter med å bearbeide og forstå formålet med den slik vi andre kan gjøre.

De har lett for å sammenlikne seg med andre, og vansker med å akseptere at de er annerledes. Faktorer som står sentralt gjennom forskning og teori jeg har brukt gjennom oppgaven, er betydningen av det å ha et godt selvilde og at de har en trygg og god hverdag. Dette er også momenter som er viktig for de aller fleste av oss, men for denne gruppen har det ekstra stor betydning for velvære.

Det er gitt forventinger om at profesjoner i helse- og velferdsfeltet skal stå for en kunnskapsbasert praksis, og som en profesjonsutøver må man handle, og det stilles krav til forsvarlige handlinger.

Personer med psykisk utviklingshemming er en sårbar-gruppe, og jeg mener det er helt nødvendig i møte med dem, at vi har tilegnet oss fagkunnskap om at dette er en gruppe mennesker som vil være i behov for et hjelpeapparat som er støttende og respektfull, og som sammen med de og andre profesjoner kan finne ulike løsninger som er tilpasset den enkelte, slik at de mestrer hverdagen sin på best mulig måte. Forhåpentligvis kan vi som vernepleiere bidra til dette.

Med disse «enkle» grepene kan en kanskje bidra til å redusere uønskede situasjoner og hendelser, som vi vet gjennom tilegnet kunnskap ikke er positiv for dem.

8.0 Litteraturliste

Austin, K.L., Hunter, Gallagher, E. & Cambell, E.L. (2018) *Depression and anxiety symptoms during the transition to early adulthood for people with intellectual disabilities*. Journal of Intellectual disability research. <https://onlinelibrary-wileycom.galanga.hvl.no/doi/pdf/10.1111/jir.12478>

B, Holden. (2016) *Utfordrende atferd og utviklingshemming*, Atferdsanalytisk forståelse og behandling (2. utgave) Oslo: Gyldendal Akademisk

Conder, J. A, Mirfin- Veitch, B. F., Gates, S. (2015) *risk and resilience factors in the mental health and Well- being of women with intellectual disability*. Journal of Applied research in intellectual disability, 28, s. 572-583 <https://onlinelibrary-wileycom.galanga.hvl.no/doi/full/10.1111/jar.12153>

Direktorat for e- helse (2019, 1. januar). *ICD-10: Den nasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/1>

Eide & Eide. (2007) *Kommunikasjon I relasjon; samhandling, konfliktløsning og etikk*. Gyldendal Akademisk: Oslo.

Helsebiblioteket. (2016). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Hulbert- Williams, L., Hatings, R., Owen, D.M., Burns, L., Day, J., Mulligan, J. & Noone, S.J (2014) *Exposure to life events as a risk factor for psychological problems in adults with intellectual disabilities: a longitudinal design*. Journal of intellectual disability research 58, 48-60 <https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/epdf/10.1111/jir.12050>

I-J, Thidemann. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*, Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2.utgave) Oslo: Universitetsforlag

J, Tøssebro. (2015) *hva er FUNKSJONSHEMMING (3. opplag)*. Oslo: Universitetsforlaget

J. Eknes. (2000). Psykisk helse blant mennesker med psykisk utviklingshemming. J. Eknes (Red), *Utviklingshemming og psykisk helse*. (ss.33-57). Oslo: Universitetsforlaget

J. Eknes. (2000). Depresjon. Forståelse og behandling av depressive lidelser hos mennesker med psykisk utviklingshemming. J. Eknes (Red), *Utviklingshemming og psykisk helse*. (ss.154.193). Oslo: Universitetsforlaget

J. Drabløs. (2000). Sosialt nettverk. Stryka tilgang og tilknytning til sosial felleskap- en vei til trivsel og helse. J. Eknes (Red), *Utviklingshemming og psykisk helse*. (ss.465-498). Oslo: Universitetsforlaget

K.E, Ellingsen. (2014) *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn*. S? Oslo: Universitetsforlaget

L. Nylander. (2012). Klinisk skjønn og behov for behandling. T.L, Bakken & M.E, Olsen (Red), *Psykisk lidelse hos voksne med utviklingshemming. Forståelse og behandling*. (ss. 3743). Oslo: Universitetsforlaget

McGillivray, A.J & McCabe P.M. (2010) *Detecting and treating depression in people with mild intellectual disability: the views of key stakeholders*. British Journal of learning Disabilities, 38, 68 – 76. https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primoexplore/fulldisplay?docid=TN_wos000289737000010&context=PC&vid=HIB&lang=nn_NO&search_scope=default_scope&adaptor=primo_central_multiple_fe&tab=default_tab&query=any,contains,intellectual%20disability%20AND%20depression%20AND%20detecting&facet=tlevel,include,peer_reviewed&facet=searchcreationdate,include,2010%7C,%7C2011&offset=0

Meld. St. 45 (2012-2013). *Frihet og likeverd- om mennesker med utviklingshemming*. Oslo; Barne- likestillings og inkluderingsdepartementet.

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (2019, 12.mars). *Psykisk helse: Forskning*. Hentet fra <https://naku.no/kunnskapsbanken/psykisk-helse-forskning#main-content>

Nordlund, A. Thronsen & S.Linde. (2015) *Innføring i vernepleie, Kunnskapsbasert praksis grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget

O, Dalland. (2019) *Metode og oppgaveskriving* (6. utgave) Oslo: Gyldendal Akdemisk

Sokogskriv. (2019, 5 august). *Oppbygning av en oppgave*. Hentet fra <https://sokogskriv.no/skriving/struktur-og-argumentasjon/oppbygning-av-en-oppgave/>

Stalker, K., Jahoda, A., Wilson A. & Cairney, A. (2011) “*Its like and itch and I want to get it away but its still there*”: *Understandings and experiences of anxiety and depression among young people with intellectual disabilities*. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 13:4, 311-326. <https://www.sjdr.se/articles/10.1080/15017419.2010.540836/>

T.R, Knudsen. (2012). Depresjon. T.L, Bakken & M.E, Olsen (Red.), *Psykisk lidelse hos voksne med utviklingshemming. Forståelse og behandling*, (ss. 81-93). Oslo: Universitetsforlaget

T.R. Knudsen. (2020). Depresjon. T.L. Bakken (red). *Psykisk lidelser hos voksne personer med utviklingshemming. Forståelse og behandling (2.utgave)* (ss.101-109). Oslo: Universitetsforlaget

T.L, Bakken. (2012). Særlige utfordringer. T.L, Bakken & M.E, Olsen (Red), *Psykisk lidelse hos voksne med utviklingshemming. Forståelse og behandling.* (ss.31-35). Oslo:

Universitetsforlaget

Utdannings- og forskningsdepartementet, (2005). *Rammeplan for vernepleie.* Forskrift om rammeplan for vernepleier utdanning. Hentet fra

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf?fbclid=IwAR3Y4gOsQOCnjDrtPQ6SV5V6fGRx_sj0UO00BbRUe5bLoTqcvLflqLa9-Y

Vatne, T.M & Breland, B.(2018, 9 juni). *Selvbilde blant barn og unge med*

utviklingshemming. Henter fra <https://naku.no/kunnskapsbanken/selvbilde-blant-barn-ogunge-med-utviklingshemming>

Verberg, F., Helmond, P., Otten, R & Overbeek, G. (2019) *Mindset and perseverance of adolescents with intellectual disabilities: associations with empowerment, mental health problems, and self- esteem.* Research in developmental disabilities. Volume 91, August 2019, 103426.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0891422219300939?via%3Dihub>

Vedlegg 1 – Søkehistorikk

Atrikkel nr 1

Stalker, K., Jahoda, A., Wilson A. & Cairney, A. (2011) *“Its like and itch and I want to get it away but it`s still there”*: Understandings and experiences of anxiety and depression among

young people with intellectual disabilities. Scandinavian Journal of Disability Research, 13:4, 311-326. <https://www.sjdr.se/articles/10.1080/15017419.2010.540836/>

Dato lest = 31/3/2020

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Kommentar
Siste 10 år	EBSCO			Fagfellevurdert
Intellectual disability			53611	
depression			445670	
		1 AND 2	1850	
Risk factors			1066525	
		1 AND 2 AND 3	255	

Artikkel nr 2

Austin, K.L., Hunter, Gallagher, E. & Cambell, E.L. (2018) *Depression and anxiety symptoms during the transition to early adulthood for people with intellectual disabilities*. Journal of Intellectual disability research. <https://onlinelibrary-wileycom.galanga.hvl.no/doi/pdf/10.1111/jir.1247>

28/3/2020

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Kommentar
Siste 10 år	Oria			Fagfellevuderte
Intellectual disability			149406	
depression			1404707	
		1 AND 2	21 743	
Early adulthood			245139	
		1 AND 2 AND 3	5715	Avgrenset til 2015-2020

Atrikkel nr 3

McGillivray, A.J & McCabe P.M. (2010) *Detecting and treating depression in people with mild intellectual disability: the views of key stakeholders*. British Journal of learning Disabilities, 38, 68 – 76. https://bibsystext.almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primoexplore/fulldisplay?docid=TN_wos000289737000010&context=PC&vid=HIB&lang=nn_NO&search_scope=default_scope&adaptor=primo_central_multiple_fe&tab=default_tab&query=any,contains,intellectual%20disability%20AND%20depression%20AND%20detecting&facet=tlevel,include,peer_reviewed&facet=searchcreationdate,include,2010%7C,%7C2011&offset=0

Dato lest; 28/03/2020

<u>Søkeord</u>	<u>Database</u>	<u>Kombinasjoner</u>	<u>Antall treff</u>	<u>Kommentar</u>
	<u>Oria</u>			<u>Krysset av fagfellvurderte</u>
<u>Intellectual disbaility</u>			<u>149406</u>	
<u>Depression</u>			<u>1404707</u>	
<u>Detecting</u>			<u>149788</u>	
		<u>1 AND 2 AND 3</u>	<u>2977</u>	
<u>Siste 10 år</u>		<u>1 AND 2 AND 3</u>	<u>2188</u>	

Artikkel nr 4

Conder, J. A, Mirfin- Veitch, B. F., Gates, S. (2015). *Risk and resilience factors in the mental health and Well- being of women with intellectual disability*. Journal of Applied research in intellectual disability, 28, s. 572-583 <https://onlinelibrary-wileycom.galanga.hvl.no/doi/full/10.1111/jar.12153>

Dato lest; 28/03/2020

søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Kommentar
	PsycInfo			
Intellectual disability			19934	
Mental health			58634	
Risk factors			78299	
Last 5 year		1 AND 2 AND 3 AND 4	123	



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgåve

BSV5-300 Bacheloroppgåve

Predefinert informasjon

Startdato:	13-05-2020 13:17	Termin:	2020 VÅR
Slutt dato:	20-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgåve	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 BSV5-300 1 BO 2020 VÅR		
Intern sensor:	Lars Rune Halvorsen		

Deltaker

Navn:	Madeleine Birkeland Gustafsson
Kandidatnr.:	313
HVL-id:	160785@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	10722	Inneholder besvarelsen	Nei
Egenerklæring *:	Ja	konfedensielt	
		materiale?:	

Jeg bekrefter at jeg har ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei