



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelse

4BACH

Veiledere: Arild Granerud og Jan Stensland Holte

Erlend Winther Aasvik og Lilli Amdal

Mindfulness for militære veteraner som lider av PTSD

Mindfulness for military veterans suffering from PTSD

Ord: 11975

Bachelor i sykepleie

2014

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket
Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

JA NEI

Sammendrag

Bakgrunn: Veteraner står i fare for å få Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) ved gjentatte eksponeringer for traumer. I de senere år har det i Norge vært stadig fokus på veteraner som har fått slik lidelse men som ikke har fått oppfølgingen som de kanskje burde hatt. Mindfulness har også blitt veldig populært og er nå ofte å se i ukeblader, bokhandler og i medisinske blader.

Hensikten: Vi ønsket å se om mindfulness kunne være et mulig hjelpemiddel for sykepleiere i behandling av veteraner som har fått PTSD etter traumer i utenlandstjeneste. Vi har undersøkt litteraturen med hensikt å finne empiri for effekt ved bruk av mindfulness samt om det lar seg gjøre for sykepleiere å benytte dette i forhold til de ansvar en sykepleier har.

Metode: Det har blitt utført en litteraturstudie med et hermeneutisk fenomenologisk design hvor vi har forsøkt å forstå fenomenene mindfulness og PTSD i sammenheng med veteraner og traumer. Vi har gjennomgått store mengder vitenskapelige artikler for å få en oversikt over feltet, og prøvd å sette det sammen med problemstillingen vår.

Resultat: Vi har funnet at mindfulness kan ha god effekt mot PTSD spesielt som en tilleggsbehandling til andre eksisterende behandlingsmetoder som Mindfulness-Basert Kognitiv Terapi. Mindfulness kan fungere godt som et sykepleieverktøy med noen krav til ekstra oppfølging ut over kursvarighet. Det kommer også fram at veteraner bør få tilgang til opplæring i mindfulness når i tjeneste eller eventuelt som en pakke ved avsluttet karriere for å stå bedre rustet til å takle stress.

Konklusjon: Vi mener det er grunn til å si at mindfulness kan fungere som behandling og tilleggsbehandling ved PTSD hos veteraner, og at sykepleiere kan benytte mindfulness som metode. Til tross for dette, ser vi at det er behov for mer forskning på området, med hensiktsmessige design og med kontrollgrupper, da veldig mye av forskningen vi fant hadde mangler eller rapporterte mangler. Vi ser at det helt klart trengs mer forskning i Europa og Norden på dette området da det kan være store forskjeller i forhold til USA.

Nøkkelord: Litteratursøk, Veteraner, Mindfulness, Posttraumatisk stresslidelse (PTS), Sykepleie, Stress

Abstract

Background: Veterans are at risk of developing Posttraumatic stress disorder (PTSD) from being exposed to traumas at several occasions. In recent years Norway has increasingly focused on veterans who have received such disorder but have not been followed up as they perhaps should have. Mindfulness has now become quite popular and is now often seen in magazines, bookstores and medical leaves.

Objectives: We wanted to see if mindfulness could be a potential tool for nurses in treating veterans who received PTSD after trauma during international operations. We examined the literature on purpose of finding empirical evidence for efficacy of mindfulness and if it possible for nurses to use this in relation to the responsibility of nurses.

Method: It has been performed a literature study with a hermeneutic phenomenological design where we have tried to understand the phenomena mindfulness and PTSD in the context of veterans and trauma. We have undergone significant amounts of scientific articles to get an overview of the field and chosen the ones that are the most relevant to our problem.

Results: We found that mindfulness can have good effects against PTSD especially as an adjunct to other existing therapies like Mindfulness - Based Cognitive Therapy. Mindfulness can work well as a nursing tool with some requirements for additional monitoring over the course duration. It also appears that veterans should have access to training in mindfulness when in service or possibly as a package at the end of career to be better equipped to cope with stress.

Conclusion: We believe there is reason to say that mindfulness can work as therapy and adjunctive therapy of PTSD in veterans, and that nurses can use mindfulness as a method. Despite this, we see that there is a need for more research on this area, with appropriate design and control groups, as a lot of research we found was missing or reported missing. We see that Europe and the Nordic countries should do more research on this matter as there can be large differences compared to the U.S.

Keywords: Literature, Veterans, Mindfulness, Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), Nursing, Stress.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
ABSTRACT.....	3
1. INNLEDNING	5
1.1 AVGRENSNING	6
2. METODE	8
2.1 VITENSKAPSTEORI	8
2.2 VALG AV METODE.....	9
2.3 KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS	10
2.4 LITTERATURSØK, DATABASES OG SØKEORD	11
2.5 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER.....	12
2.6 KILDEKRITIKK.....	15
2.7 ETISKE OVERVEIELSER.....	16
3. TEORI.....	17
3.1 SYKEPLEIEPERSPEKTIV	17
3.2 HELSE	20
3.3 TRAUMER OG STRESS	22
3.3.1 <i>Post traumatisk stresslidelse (PTSD)</i>	25
3.4 MINDFULNESS.....	26
4. DRØFTING	28
5. KONKLUSJON	37
6. REFERANSELISTE	39

Vedlegg i – Pico-skjema

Vedlegg ii – Søkeshistorikk 2 sider

1. Innledning

“Jeg vrir meg rundt I sengen og det våte lakenet sitter fast mot ryggen og skuldrene mine. Det er Så vanskelig å få sove, jeg klarer ikke slippe tanken på det øyeblikket, det sitter fast! Nå kommer det igjen, jeg klarer ikke snu historien rundt, jeg ønsker det så gjerne at det ender godt, nå er det nok! Skuddet, blodtåken, øynene hans, våpenet hans, de bildene som kommer hele tiden når jeg skal sove. Kunne jeg gjort noe annerledes? Jeg har ikke sovet på mer enn en hel uke nå, det er vanskelig å gå på jobb, jeg burde gjøre som kona sier, få hjelp. Men jeg vil jo ikke miste jobben min, hva vil kollegene mine si når jeg blir sykemeldt og de finner ut at jeg sliter med psyken. Jeg blir så forbanna! Vi skal jo være psykisk robuste i forsvaret, vi skal jo tåle dette, vel?”

Afghanistanundersøkelsen (2012) søkte å kartlegge senvirkninger hos soldater som hadde tjenestegjort der mellom 2001-2011. Resultatene viste at ca. 1,2 % (46 stk.), av de 3934 hadde symptomtrykk som tilfredsstilte kriteriene til diagnosen Post-traumatisk stress syndrom (PTSD). 6,7 % (264 stk.) hadde symptomtrykk som tilsa moderate stressplager/partiell PTSD (Forsvarets Sanitet, 2012).

Det er to forfattere på denne oppgaven, og begge har tilknytning til forsvaret på hver sin måte. Den ene har vært i internasjonale operasjoner flere ganger, hvorav 3 ganger i Afghanistan. Den andre har vært pårørende når samboeren var på oppdrag i Afghanistan.

Det har i de senere år vært fokusert mye på veteranaken og det ble senest i 2011 bestemt at 8.mai skulle være nasjonal veterandag. I lys av dette har psykiske senskader vært et omfattende tema både i aviser og i rettssaler, og det har blitt vedtatt erstatninger til veteraner som tjenestegjorde i Libanon (Forsvarsdepartementet, 2009). Det har også blitt iverksatt et pilotprosjekt (Pilotprosjekt Østerdalen) hvor det skal forsøkes å gjøre samarbeidet mellom samfunnet og veteranene enklere for at disse skal bli ivaretatt på en god og verdig måte, og det fremheves at det skal være et sømløst samarbeid mellom involverte parter for at veteranen skal få et best mulig tilbud (Forsvarsdepartementet, 2011).

Det å være på utenlandsoppdrag kan medføre store belastninger som følge av opplevelser man tar med seg hjem. Den ene studenten har kjennskap til kollegaer med stressreaksjoner etter slike oppdrag og har selv opplevd lette reaksjoner etter hendelser. Den andre studenten

har opplevd å være redd og engstelig for at sin kjære skulle få plager etter sin utreise. Som en naturlig konsekvens av forfatterens egne erfaringer, var nysgjerrigheten på tematikken nærliggende og et ønske om å fordype seg i dette vokste fram. Det finnes en god del forskjellige tilbud man kan benytte seg av ved denne typen plager, og enkelte finner hjelp hos forsvarrets stressmestringsteam, andre gjennom egen fastlege. En av metodene som ble anbefalt av fastlegen for en kollega med stressreaksjoner, var mindfulness. Denne kollegaen meldte om veldig god effekt ved bruk og har brukt som metafor at han følte skipet som var ute av kurs grunnet store bølger, nå klarer å holde kursen selv om bølgene fortsatt er der.

Forfatterne har snakket sammen om temaet og kommet frem til at vi ønsker å se nærmere på mindfulness som tilnærming til traumebehandling, og da primært i behandling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Videre vil det være interessant å forsøke å belyse kunnskap om, og kompetanse i bruk av mindfulness opp mot sykepleierfunksjonen i møte med veteraner som har PTSD.

Problemstillingen vi har valgt er:

«Kan mindfulness hjelpe veteraner med Posttraumatisk stresslidelse etter traumer?»

1.1 Avgrensning

Som sykepleiere vil man kunne møte veteraner i mange sammenhenger, det kan være i somatikken, eldreomsorg eller i psykisk helsevern. Vi har valgt å fokusere vår oppgave mot veteraner som får psykiske lidelser, mer spesifikt Post Traumatisk Stresslidelse (PTSD) som følge av traumer. Vi har valgt å ta for oss hvordan det kan være å leve med PTSD for en veteran, og ser dette i lys av den gruppen som sliter med dette. Vi er opptatt av hvilke konsekvenser det kan få om man ikke blir hjulpet, og vil således drøfte sykepleierens rolle i denne forbindelse og hvorfor dette kan være et sykepleieransvar.

Rammen for denne oppgaven er å sette søkelyset på mindfulness som tilnærming og metode i møte med veteraner med PTSD som følge av traumer. Vi ønsker å legge vekt på de psykiske aspektene og velger dermed ikke å fokusere noe på fysiske traumer annet enn hvis det skal brukes for å skape dybde innenfor gitte rammer.

Pasientene kan da enten være hjemmeværende med oppfølging av psykiatrisk sykepleier,

eller ha et etablert behandlings- og kontaktforhold til kommunale helsetjenester som oppfølgingsteam. Det forutsettes i oppgaven at mindfulness er en akseptert tilnærming innenfor konteksten vi har skissert. Vi har også lagt til grunn ulike sykepleieteoretikere som ut fra vår oppfatning har prinsipper som kan begrunne bruken av mindfulness slik vi ser for oss utøvelsen. Dette gjør vi for å se relevansen opp mot sykepleieutøvelsen for å kunne skape et bidrag for kunnskapsbasert praksis og folkehelse. Innenfor disse avgrensningene og forutsetningene er det vi ønsker å drøfte vår problemstilling.

2. Metode

I Metode og oppgaveskriving for studenter (Dalland, 2012, s. 50) blir Vilhelm Aubert referert «Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder».

Metode brukes som en veiledning for hvordan man skal finne eller være kritisk til kunnskapen man tilegner seg. Bakgrunnen for at man velger den metoden man gjør, er fordi man tror den metoden kan gi svar på det man er ute etter faglig sett og den vil også være med og svare på eventuelle spørsmål (Dalland, 2012).

Metode deles inn i to undergrupper, kvantitativ og kvalitativ. Den kvantitative metoden er når informasjonen vi finner er tall, som kan være med på omgjøring, regning eller andre utregninger i større sammenheng. Et eksempel kan være å finne gjennomsnittlig levealder i en kommune hvor man også kan bruke en spørreundersøkelse som hjelpemiddel for å komme frem til akseptabelt resultat, disse kan man så forsøke å forstå ved å sette det opp mot annen forskning som er kvalitativ. De kvalitative metodene er de som går på forståelse, tolkning og opplevelser, det kan ikke måles ved tall og regnestykker (Dalland, 2013).

2.1 Vitenskapsteori

I boka Enhet og mangfold beskrives vitenskap som «systematiske studier av fysiske eller sosiale fenomen» (Ringdal, 2001, s. 33).

Det man ser er at mye av det vitenskapelige er empirisk eller erfaringsbasert, og teori og observasjoner er en del av det vitenskapelige samarbeidet og utviklingen i virkeligheten. Vitenskapsteori kan deles i normativ og beskrivende teori. Den normative teorien handler om forskere, deres arbeid og hvordan de jobber med å skaffe seg den vitenskapelige kunnskapen. Beskrivende vitenskapsteori sier noe om hvordan det vitenskapelige bør utøves i praksis. Utover at vitenskapsteori kan deles i det normative og det beskrivende, vil det også være ulike syn. Eksempler på disse er, kunnskapssyn- epistemologi og virkeligheten-

ontologi. Disse ulike synene vil være en hjelp til å svare på de vitenskapsteoretiske spørsmålene som dukker opp (Ringdal, 2013).

Innenfor den vitenskapelige teorien har vi valg å forholde oss til to forskjellige retninger, hermeneutikk og fenomenologi. Den hermeneutiske metoden handler om å fortolke, og betyr «fortolkningslære» (Dalland, 2012, s. 57). Det vil si å undersøke og finne frem til en påstand, mening eller ytring og gi svar på ting som ikke er oppklart. Fenomenologi går på det som er synlig, viser seg og det som oppfattes av hvert enkelt individ og dens sanser, og betyr «læren om fenomenene» (Dalland, 2012, s. 57). Når en ser på undersøkelser som er gjort i forhold til det fenomenologiske, tar de utgangspunkt i hvordan pasienter opplever verden med deres synspunkt og vinkler (Dalland, 2012).

2.2 Valg av metode

Det vil være ulike metoder etter hva man skal undersøke, og det som karakteriserer metoden vil være med å heve og styrke oppgaven. Det må tas et valg i forhold til hvilken metode som er mest relevant for oppgaven og valget må komme tydelig frem (Dalland, 2012).

Gjennom skolens retningslinjer har litteraturstudie blitt satt som metode. Å bruke litteraturstudie som metode i en oppgave vil si at man bruker kilder og det er de kildene man velger som sier noe hvordan oppgaven blir. Når man ser på oppgaver som er bygget på litteraturstudier vil man se at de ofte er basert på praktiske erfaringer, hendelser man har opplevd, det kan være temaer i pensumslitteraturen og/eller annen litteratur. Opp mot vår problemstilling er denne metoden relevant fordi vi kan bruke erfaringer gjennom en karriere fra forsvaret og annen helsefaglig praksis, og sammenligne disse med forskning for å utvikle vår kunnskap om dette videre i målet om å bli gode sykepleiere. Vi har valgt å bruke ulike kilder som pensumslitteratur, selvvalgt litteratur og egne erfaringer. For at man skal kunne utforme en god oppgave bør man gjøre seg kjent med litteraturen man skal bruke som fundament i oppgaven (Dalland, 2012).

2.3 Kunnskapsbasert praksis

En av de norske definisjonene på kunnskapsbasert praksis er:

«Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen» (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, & Nordheim, 2012, s.).

Kunnskapsbasert praksis illustreres ved en modell som brukes av sykepleierutdanningen ovenfor studentene. Det man ser er at dette er en modell som gjenspeiler mye av arbeidet man som sykepleier skal kunne gjennomføre, og modellen er til god hjelp:

:



(Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, & Nordheim, 2012, s.)

Modellen tar for seg ulike aspekter, forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og brukermedvirkning og alle disse gjenspeiles fra konteksten (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, & Nordheim, 2012).

2.4 Litteratursøk, databaser og søkeord

Ved litteratursøk har vi brukt Oria og Google scholar, samt www.forskning.no. Etter å ha satt opp PICO-skjema (vedlegg I) brukte vi søkeord som, mindfulness, prevent*, target*, patient*, nurs* og fant flere artikler som er relevant opp mot problemstillingen. Som tidsbesparende tiltak leste vi først sammendrag for å inkludere eller ekskludere funn ut fra de kriterier vi hadde lagt til grunn (vedlegg II). I løpet av prosessen og etter å ha skrevet en del, endret vi på problemstillingen og måtte derfor utvide søkene våre i litt ny retning. Derfor har vi gjort flere søk i ettertid med forskjellige søkeord for å søke videre på ting vi har funnet interessant i annen forskning og opp mot ny problemstilling (vedlegg II).

Det vi så på som en utfordring med denne oppgaven var å finne troverdig litteratur. Vi var usikker på hvor mye forskning og bøker det var produsert innenfor mindfulness. Etter hvert som søkeprosessen var i gang så vi at det var en god del om temaet, og at det var av nyere dato. Når vi leste gjennom litteraturen så vi at mye av det samme gikk igjen. Etter å ha satt oss inn i hva mindfulness var, opplevde vi at det er et verktøy med vid bruk innen psykisk helsevern og for enkeltindivider uten psykisk lidelse.

I løpet av skriveprosessen har vi blitt inspirert av ulike kilder. Noen eksempler er sykepleiere og ansatte i forsvaret som har brukt mindfulness i praksis, forskjellig forskning som er gjort og artikler som er skrevet samt annen selvvalgt litteratur vi har funnet i bøker. Ut ifra de funnene vi gjorde, ble det klart at vi var nødt til å endre problemstillingen og sentrere det enda mer.

Vi har brukt en del pensumlitteratur i oppgaven vår, og de vi har benyttet oss av mer enn andre har vært Hummelvolls (2012) bok som er en klassiker, og Håkonsen (2010). Begge disse bøkene er reviderte i flere utgaver og er benyttet i flere bachelor- og master oppgaver. Vi har også benyttet oss mye av Kroese(2011) og Kabat-Zinn (2011 og 2012) for innsikt i mindfulness. I de tilfellene vi har valgt å bruke sekundærkilder har vi prøv å finne primærkilden, men det har ikke latt seg gjøre hver gang. Utenom pensumlitteratur har vi også valgt å bruke biblioteket på skolen. Der har vi funnet mye god litteratur som har hjulpet oss å svare på problemstillingen vår.

Sykepleieteoretikere vi har valgt å benytte er Jan Kåre Hummelvoll (2012) og Joyce Travelbee (2001), da vi oppfatter deres teorier rundt sykepleie som mer funksjonelle for vår problemstilling enn andre.

2.5 Presentasjon av forskningsartikler

Vi har gjennom litteratursøk funnet både kvalitativ og kvantitativ forskning, randomisert med og uten kontrollgrupper, og fagartikler samt litteraturgjennomganger som ser traumer, og mindfulness som begrep og behandlingsform. Det eksisterer mye fra USA og spesielt deres arbeid med veteraner, mens vi finner mindre fra europeiske land. Vi ønsker å presentere resultatene her, og starter med de artiklene vi har fullstendig søkeoversikt på:

1. Use and abuses of the resilience construct: Loss, trauma, and health-related adversities (Bonanno, G., A., 2012).

Siden oppgaven skal ta for seg traumer, og vi har satt dette opp mot veteraner, ser vi at det er viktig for oss å studere begrepet motstandskraft eller «resilience» som vi har benyttet som et av søkeordene i litteratursøket. Dette begrepet har ifølge Bonanno(2012) blitt misbrukt og feiltolket i mange forskningssammenhenger. Han tar i sin artikkel opp at motstandskraft er noe du innehar hvis du har opplevd noe traumatisk og etterpå evner å ha et stabilt bilde om et friskt fungerende liv som man klarer å se positivt på i sin tilpasning. Motstandskraft er ifølge Bonanno da ikke det samme som *generelt god helse, fravær av sykdom(patologi)* eller en *personlighets variabel* (Bonanno, 2012). Begrepet går mye igjen i forskningen vi har funnet på området mindfulness og traumer.

2. The evaluation of Mindfulness-Based Stress Reduction for veterans with mental health conditions (Kluepfel, et al., 2013).

Denne forskningen er kvantitativ og tar for seg en gruppe med 30 veteraner ved en mental helse klinikk for Veteraner som ble sendt på et 8-ukers MBSR-program og målt før og etter. Her ble det lagt vekt på å finne ut om gjennomførbarheten av programmet for denne gruppen pasienter, samt at de målte effekten på selvfølelse og stressreduksjon med «Perceived Stress Scale», «Beck Depression Inventory-II», «Pittsburgh Sleep Quality Index» samt kurstillbakemeldinger. Resultatene av denne forskningen viste signifikante forskjeller, mens

tilfredsheten og etterlevelsen ble vurdert som høy på tilbakemeldingene. Det ble allikevel konkludert med behov for mer forskning på området, og gjerne da med kontrollgrupper.

3. The impact of PTSD on veterans` family relationships: An interpretative phenomenological inquiry (Ray, S., L. & Vanstone, M., 2008).

Forskerne har gjort en sekundærstudie med fenomenologisk design av en upublisert forskning på nålevende kanadiske veteraner fra diverse fredsbevarende operasjoner. Denne analysen viste at emosjonell/følelsesmessig nummenhet og sinne, samt emosjonell/følelsesmessig tilbaketrekking fra familiestøtte skaper negative konflikter i veien til å bli frisk. Forskerne konkluderer med at sykepleiere og annet helsepersonell bør være klar over disse konfliktområdene, og hvor viktig de kan være for evnen til å blir frisk fra PTSD.

4. Relationship between mindfulness and psychological adjustment in soldiers according to their confrontation with repeated deployments and stressors (Trousselard, Steiler, Claverie, & Canini, 2012).

Trousselard og medforfatterne tar i denne kvantitative studien opp spørsmålet om forholdet mellom mindfulness, stress og mestring blant soldater med fokus på om antall deployeringer eller oppdrag påvirker dette. De undersøkte 167 soldater fra det franske forsvaret og fant ut at de som hadde vært mest ute på oppdrag med stress og konflikter, hadde lavere nivå av mindfulness og hadde mer følelsesmessig uro enn de med færre og roligere oppdrag. De så også at lavt nivå av mindfulness hadde en tydelig sammenheng med mindre effektive eller dårligere mestringsstrategier for stress, og at man gjerne ser at de som har vært utsatt for høy grad av stress har lavere mindfulness nivåer.

5. Mindfulness in the treatment of posttraumatic stress disorder among military veterans (Vujanovic, Niles, Pietrefesa, Schmertz, & Potter, 2011).

Denne studien stiller spørsmålsteget ved bruk av meditasjon som metode ved traume relaterte helseproblemer hos veteraner. På bakgrunn av at 25,5 % av veteranene som tar kontakt med

Veteran Helse Administrasjonen i USA tilfredsstiller kriteriene for PTSD ønsket de å se gjennom de forskjellige behandlingsformene som inkluderer mindfulness og hvordan det kan brukes mot PTSD, i tillegg til at det er et problem at store deler av veteraner avslutter behandling eller ikke søker hjelp med de behandlingsmetodene som er i bruk fra før av. De fant at det er viktig med mer forskning på området rundt bruk av mindfulness og at man i større grad må forsøke å samle seg rundt en unison forståelse av begrepet i de kretser som utformer metoder baserte på mindfulness i tillegg til at forskningen i større grad må kunne være etterprøvrbar. De fant også at Mindfulness-Based Stress Reduction må brukes med forsiktighet ved pasienter med PTSD.

6. Battlefield functioning and chronic PTSD: associations with perceived self efficacy and casual attribution (Ginzburg, Solomon, Dekel, & Neria, 2003).

Dette er en kvantitativ studie som undersøker PTSD og PSE (Perceived Self Efficacy/ Følt egen effektivitet) blant 393 krigsveteraner fra Yom Kippur Krigen som pågikk i 1973. De så på om det var forskjeller mellom grupper av soldater som har hatt kampstressreaksjoner, skader eller krigsveteraner, opp mot en kontrollgruppe som ikke har hatt noen av disse, i forhold til to områder: De undersøkte om hvilke forskjeller de tre første gruppene av soldater hadde i hvordan deres oppfattelse av egen effekt var og hva de så på som årsaker til dette. Det andre området de undersøkte var om hvordan dette påvirker den langsiktig følelsesmessige tilpasningsdyktigheten i forhold til PTSD. De fant en rekke forhold som er relevant i forhold til denne studien.

7. Impact of mindfulness on the neural responses to emotional pictures in experienced and beginner meditators (Taylor, et al., 2011).

Studien ønsket å se på hvilke effekter mindfulness meditasjon har nevrologisk på emosjonelt ladede stimuli, og mengden meditasjonstrening hadde noe å si på dette. Det ble målt resultater gjennom fMRI(funksjonell magnetisk resonans bilde) og BOLD (blod-oksygenverdi respons/kontrast).

Studien tar for seg to grupper mennesker hvor den ene gruppen hadde erfarne folk som hadde meditert mer enn 1000 timer, og den andre gruppen hadde nybegynnere som fikk et

to-ukers kurs i mindfulness meditasjon. De fant at meditasjonen hadde betydning for hvor stor grad av følelser som ble tillagt bildene som ble vist. Lengre erfaring med mindfulness meditasjon viste enda høyere grad av aksept for slike stimuli og høyere grad av tilstedeværelse.

8. Mindfulness-based Mind Fitness Training: A case study of a high-stress predeployment military cohort (Stanley, Schaldach, Kiyonaga, & Jha, 2011).

Denne artikkelen er en casestudie som involverte 34 marinesoldat-reserver i USA før deployering til Irak. Forskerne ønsket å se på om Mindfulness-Based Mind Fitness trening (MMFT) hadde utslag på selv-rapportert mindfulness og stressnivå før og etter, og om variasjoner i tidsbruken på denne treningen viste til forskjeller. Resultatet av studien var at de fant en klar sammenheng mellom tid anvendt til mindfulness trening og høyere selv-rapportert mindfulness. De fant også at de som rapporterte høy grad av mindfulness også rapporterte lavere grad av stress. Det fantes noen praktiske områder ved kurset som kan ha gjort at enkelte ikke tok dette helt seriøst, som at det meste av kurset ble lagt til soldatenes fritid, ikke arbeidstid, samt at enkelte soldater hadde en negativ forforståelse mot konseptet før kursstart.

2.6 Kildekritikk

Mye av litteraturen vi har brukt har hatt ulik utgiver år. De bøkene vi har brukt som er av nyere tid har vi også gått tilbake og sett på hva den eldre versjonen sier om samme tema for å kunne sammenligne. I de fleste tilfellene ser vi at det er små forandringer. Vi har prøvd å holde oss til nyere litteratur, men i noen tilfeller og innenfor noen temaer er det ikke alltid litteratur av nyere tid, som for eksempel boken til Liv Strand (1991). Når det gjelder Liv Strand ser vi det at andre som skriver om det samme, eksempel egostyrkende sykepleie, skriver mye om det samme og da har vi valgt å bruke Liv Strand som er anbefalt av skolen. På enkelte av temaene har vi brukt forskjellige kilder for å se hva de ulike skribentene sier og/eller skriver om det samme tema. Dette gjør at vi kan se to sider av samme sak og det vil

også være med på å styrke oppgaven og en eventuell påstand.

Etter å ha gjort mange søk med de søkeord vi har lagt fram, fant vi en del artikler, 1-8, som vi mente hadde god relevans for oppgaven som var fagfellevurderte samt at design og metode så ut til å være tilfredsstillende. Vi har gått gjennom ganske mange flere artikler enn det søkehistorikken tilsier, så vi forsøkte å legge ved noen av de som vi ikke tok, men som lå tett opptil å bli tatt med. Det har vært viktig for oss å kunne se en mulighet for å etterprøve de studiene vi har funnet for at de skulle bli brukt i oppgaven vår. Noen kan virke på grensen til dette spesielt i forhold til dybde ved ikke å ha benyttet kontrollgrupper, men slik vi ser det har metode og design vært relativt hensiktsmessig allikevel i forhold til det som har vært problemstilling. Artikkel 9 har vi funnet via websiden til Mindfulness-Based Mind Fitness (MMFT), men vi har også funnet dette på Oria med søk på artikkelnavnet, og fant at den også var fagfellevurdert. Vi har gått grundig gjennom nettsidene til MMFT for å lære om konseptet deres, siden problemstillingen tidligere var så vid at det kunne inkludere sammenlikning av mindfulness-metoder. Vi har allikevel valgt å ta med artikkelen da den sier noe om egenskapene av mindfulness.

2.7 Etiske overveielser

I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal vår yrkesutøvelse bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Dette ligger til grunn for hvorfor vi ønsket å velge mindfulness som tema, da vi ikke hadde hørt særlig mye om dette i praksis. De yrkesetiske retningslinjene sier også at vi skal holde oss oppdaterte og finne fram til ny kunnskap som kan anvendes i praksis, og vi skal sørge for å bruke en praksis som forebygger sykdom. Vi har et sterkt ønske om å hjelpe veteraner og andre som lider i følge med traumer, og har dermed de yrkesetiske retningslinjenes punkt 6.2 Sykepleieren bidrar aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

3. Teori

Her vil vi presentere teori som skal bygge opp rundt drøftingen av mindfulness og PTSD etter traumer. Det vil være viktig for oss å gi gode begreper på hva dette innebærer før vi begynner vår drøfting. I sakens natur ligger at dette er en bachelor i sykepleie, og det vil derfor bli redegjort også for hva sykepleie er i den vide forstand man kan tolke og forstå det.

3.1 Sykepleieperspektiv

Siden oppgaven er relater mot sykepleie mener vi det er viktig å bruke allerede etablerte teorier for å underbygge drøftingen av problemstillingen vår. Vi vil derfor i dette kapitlet gjøre rede for deler av to teoretikers tilnærminger til sykepleie. I denne oppgaven har vi valgt å ta for oss Travelbee (2001) og Hummelvoll (2012) da de synes å være relevante for problemstillingen vår.

I sykepleierfaget er det mange ulike definisjoner av ulike personer som sier noe om sykepleierfaget. Disse tilnærmingene eller definisjonene belyser viktige temaer, men sier også noe om hvilket fokus teoretikeren bak tilnærming og definisjonen har i forhold til hvordan man skal utøve faget både teoretisk og praktisk. Mange av disse teoretikerne fremskaffer en tilnærming eller definisjon ut i fra egne erfaringer innenfor sykepleierfaget (Travelbee, 2001).

Joyce Travelbee er en av flere teoretikere i sykepleien, og en av hennes definisjoner på hva sykepleie er sier noe om at «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å bygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (2001, s. 29).

Sykepleieren er som en vanlig person i gata, men med en spesialisering innenfor helse og mennesket, og det er dette som utgjør den store forskjellen. Sykepleien har gått inn for å forstå mennesket og oppbygningen, helsen – både det psykiske og det fysiske, hva som er forebyggende og sykdom. I tillegg til å kjenne til disse handlingene skal sykepleieren også

kunne utøve dette på det vanlige menneske i gata. Dette er elementer Travelbee ser på som vesentlige i sykepleien (Travelbee, 2001).

Jan Kåre Hummelvoll har i sin bok *Helt- ikke stykkevis og delt* (2012), mye fokus på psykiatrisk sykepleie og psykisk helse, og tittelen på boken gjenspeiler tema. I boken har han tatt for seg hvordan vi som sykepleiere bør opptre med tanke på hvilke hensyn og fokus vi bør ha, for eksempel hvor viktig god omsorg er for pasienten.

Hummelvoll skriver om sykepleieprosessen, som i hans definisjon innebærer et sykepleier-pasient-felleskap. Sykepleieprosessen er en arbeidsform sykepleieren kan bruke i et samarbeid med pasienten, der det er fokus på forståelse og forklaring. For at sykepleieren og pasienten skal få til et godt resultat må de skape et godt samarbeid og felleskap seg imellom. Ved hjelp av dette felleskapet finner man ut hva som er pasientens utfordringer, hva som oppleves som et problem og om det er noen funksjonsvansker. Videre vil sykepleieren sammen med pasienten finne ut hvordan de skal jobbe med disse utfordringene (Hummelvoll, 2012).

Han beskriver sykepleieprosessen slik:

...det terapeutiske forhold som dannes som følge av pasientens behov for hjelp, og sykepleierens svar på dette. Denne allianse preges av et opplevelses- og arbeidsfellesskap som har til hensikt å gi pasienten økt selvinnsikt og situasjonsforståelse og gjennom dette bidra til at pasienten i størst mulig grad blir i stand til å bearbeide og løse sitt helseproblem (eventuelt å leve med det). For at dette skal skje, er det vesentlig at sykepleieren makter å variere mellom nærhet og avstand – støtte og utfordring. (s.38).

Hensikten med sykepleieprosessen er å innhente data fra pasienten slik at sykepleieren kan hjelpe pasienten på best mulig måte og at pasienten er delaktig i arbeidet som bli gjort. (Hummelvoll, 2012). Orem mener det er fire overordnede punkter i sykepleieprosessen; kartlegging/ diagnostisering, planlegging, intervensjon/tiltak og evaluering (Cavanagh, 2005, s. 34).

Sykepleier-pasient-fellesskapet har utgangspunkt i de ni hjørnesteinene som Hummelvoll (2012) forklarer. Disse ni hjørnesteinene bygger på under mye av det som går på å være en god sykepleier. Vi ser at de ni hjørnesteinene er viktig for oss i arbeidet som sykepleier, og vi kan bruke disse til å kartlegge og samle inn nødvendig data om pasienten. De ni hjørnesteinene kan også være med å veilede oss i å møte pasienten på en god måte med gode holdninger og respekt. Vi ønsker å dra frem spesielt to av disse som relevante for problemstillingen:

Selvaktelse/signifikans: For noen vil det være vanskelig å søke hjelp, og for at pasienten ikke skal føle seg nedverdiggende er det viktig at han blir møtt med gode holdninger. Pasienten kan føle seg lite betydelig og da er oppgaven å få pasienten til å se hva han har fått til og hva hans tilstedeværelse betyr.

Ansvar og valg: Alle har ansvaret for eget liv og hvordan man disponerer det. For at pasienten skal kunne se fremover må man jobbe fra hva som er problemet og hvordan disse har oppstått til hva som er nå og fremover i tid (Hummelvoll, 2012, s. 40).

Det er mange ulike begreper som brukes innenfor psykisk helse, men overordnet kan de sammenlignes med recovery. Det er ingen klar definisjon på fenomenet recovery. Mye av grunnen til dette er for man er uenige om hvordan man skal forstå begrepet. Recovery har fokus på at man skal kunne fungere i dagliglivet igjen etter en hendelse som har påvirket et individ. Det at man klarer å redusere de symptomene og funksjonssvikten som eventuelt skulle oppstå (Hummelvoll, 2012).

I følge William Anthony (1993, s.527) kan en definisjon på hva recovery være:

Bedring ('recovery') er en dypt personlig, unik prosess med forandring av holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et tilfredsstillende, håpefullt og aktivt liv på tross av begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og hensikt med ens liv mens man vokser på tross av de katastrofale virkninger av psykisk lidelse. (sitert i Hummelvoll, 2012).

Etter endt behandling forventes det ikke at man er tilbake i «normal» fungering som før hendelsen. I denne definisjonen ser man på bedring som å leve med det som oppstår ved psykiske lidelser, men bedring vil også si å ta tilbake kontroll over de situasjonene man er i og livet (Hummelvoll, 2012).

For at man skal kunne fremme psykisk helse bør man være observant på de gruppene som er mer utsatt (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Utfordringen er å oppdage disse og ta hånd om dem. Å ha et godt nettverk som kan være med på å gi en god opplevelse av sammenheng vil også være med på å gi mestring (Hummelvoll, 2012).

3.2 Helse

Helse er et ord med stor og vid betydning, det er vanskelig å finne en definisjon som forklarer dette begrepet da det påvirkes av en rekke faktorer som kulturell bakgrunn, livsoppfatning og sosiale forhold blant annet. Mange ser på helse som når noe er normalt og optimalt, men i nyere tid forbinder man helse med livskvalitet. Etersom man ser nærmere på livskvalitet vil man også se at det er flere ulike tolkninger og betydninger også av dette begrepet. Helse kan forbindes med en beskrivelse av en tilstand rundt det fysiologiske, mens livskvalitet også forteller noe om det psykiske (Mæland, 2012). World Health Organization (WHO) har kommet med flere definisjoner på hva helse er, «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity» (World Health Organization [WHO], 1998), og «Evnen til å kunne leve et økonomisk og sosialt produktivt liv» (sitert i Mæland, 2012, s. 24). Ofte kan man se at helse er en beskrivelse av å være frisk, at alt fungerer som det skal både psykisk og fysisk og at en da anses som normal, det kan defineres som «*fravær av sykdom*» (Mæland, 2012).

Ut fra helseundersøkelser som er gjort fra ulike land vises det at man kan være fornøyd med helsen sin uavhengig av sykdom. Det en ser ut i fra dette er at et godt liv ikke kun sees på som god helse, men at det er mulig å leve et godt liv på tross av de utfordringer man møter på. Det vil være mennesker som ikke opplever sykdom men allikevel føler de dårlig helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997).

Det motsatte av helse er ikke sykdom, men uhelse. De med psykiske lidelser er mer utsatt og vil i mange tilfeller oppleve uhelse. Dette fordi noen er mer sårbare enn andre og hverdagen

er uforutsigbar som igjen gjør at det blir vanskelig å planlegge å være delaktig. Når noen opplever psykisk uhelse kan det være en så stor påkjenning at det kan gå utover det fysiske og de grunnleggende behovene. For å oppleve uhelse er det ikke alltid det er en psykisk lidelse i bunn. Noen vil oppleve uhelse ved at de føler minimalt eller ingen mestring og manglende kontroll (Hummelvoll, 2012).

Psykiske lidelser vil også ha ulike definisjon på lik linje som helse, men det som overordnet beskriver psykiatri er lidelsene i sinnet og sjelen, men også læren om disse. Det er ingen klar definisjon eller forklaring på hva psykiske lidelser er og hvordan disse er like eller ulike fra de fysiske og somatiske (Snoek & Engedal, 2004).

I følge Ursin defineres mestring som positiv responsforventning. Det handler altså om en person har tro på om den strategien som velges vil gi positivt resultat i forhold til problemene det gjelder (referert i Håkonsen, 2010). Denne definisjonen skiller seg fra Lazarus' definisjon om mestring som handler mer om hvordan en person klarer å handle i forhold til de gitte problemene (referert i Håkonsen, 2010). Ursins definisjon skiller seg ved at man i større grad har fokus på at pasienten skal føle at ting er håndterbart og at troen på det vil gi positiv effekt skal stimulere til høyere grad av hengivenhet eller forpliktelse til tiltakene eller handlingene som foreslås eller skal utføres (Harris & Ursin, 2012; Håkonsen, 2010).

Who definerer Empowerment i helsefremmende arbeid som en prosess for å øke personers kontroll over avgjørelser og tiltak som påvirker deres helse (World Health Organization [WHO], 1998). Empowerment kan brukes som en fremgangsmåte for å gi pasienten eller soldaten en mulighet til å påvirke sin egen situasjon I størst mulig grad selv. Askheim & Starrin (red.) (2007, s.21) gir begrepet Empowerment kvaliteter som å gi styrke, makt eller kraft til noen. Ved å benytte empowerment I terapeutisk rettet arbeid kan man derfor se på det som å gjøre pasienten I stand til å motstå eller bekjempe den avmakt eller lidelse han/hun sliter med (Askheim & Starrin (red.), 2007).

En kan øke personens helse og velvære ved å styrke ressursene. Dette henger sammen med «sence of coherence», opplevelse av sammenheng, som har mål om økt mestring og trivsel i hverdagen (Horsburgh & Ferguson, 2012). Harris og Ursin (2012) beskriver at mestring henger sammen med hjelpeløshet og håpløshet. Når man ikke ser sammenheng mellom det

man gjør og det som skjer, kalles det hjelpeløshet. Og hvis det man gjør og det som skjer gir en negativ sammenheng, er det håpløshet, som også fører til skyldfølelse. Uten håp har man ikke lenger framtidsutsikter, og man ser ikke noen ende på problemene, ergo vil mestrinstroen være borte og det blir mye vanskeligere å komme videre i livet (Travelbee, 2001).

3.3 Traumer og stress

Et traume handler om skade og ødeleggelse, opprinnelig fra kirurgiske termer i forhold til vev ved eksempelvis kutt eller sår, men det handler også om psykisk skade eller ødeleggelse som oppstår når det skjer ting som blir for overveldende og man ikke lengre kan samle tankene (Skårderud, Haugsgjerd, & Stanicke, 2010). De fleste av oss lever i gode omgivelser og trygge rammer, noe som er med og gjør oss trygg, dette gjør oss i stand til å håndtere situasjoner som oppstår. En traumatisk hendelse kan man ikke forutse og når dette skjer, kan det være vanskelig å takle og kan være med på å ødelegge vår oppfatning om oss selv. Det er da man kan se at en traumatisk opplevelse påvirker mennesket både fysisk og emosjonelt (Herbert & Wetmore, 2013) men også motorisk og sensorisk (Sørensen, 2005). Dette henger sammen med at man får en kamp- flukt-reaksjon (fight- or flight) som stimulerer til utskillelse av kortisol som setter oss i beredskapsposisjon både mentalt og fysiologisk. Det autonome nervesystemet vil da sørge for økt blodtrykk, svette og muskelspenning samt raskere puls og respirasjon, og utvidede pupiller (Reitan, 2010).

«Stress defineres som et sammenbrudd i det som er meningsfullt, det man forstår og ens jevne fungering, noe som medfører at man opplever smerte, tap og utfordringer. Man trenger å sørge og utvikle nye forståelsesmåter og ferdigheter.» (sitert i Konsmo, 1995, s. 79). I følge Hans Selye er stress «den spesifikke responsen fra kroppen på enhver påkjenning» (sitert i Håkonsen, 2010, s. 248). Det limbiske system bestemmer hvilken atferd vi skal ha for å skape selvbeskyttelse gjennom å kontrollere følelsene. Amygdala er en del av det limbiske systemet. All den sensoriske informasjonen i kroppen har amygdala tilgang på, og ut i fra den informasjonen klarer amygdala å bestemme hvilke situasjoner som er farlige og iverksetter en reaksjon, eksempel flukt eller kamp reaksjon. I de situasjonene som ikke går

som planlagt vil man føle at man kunne gjennomført det på en annen måte, og til neste gang vil det da være naturlig å planlegge å forberede seg bedre (Håkonsen, 2010).

Men hvordan kan vi forberede oss på situasjoner vi ikke vet vil oppstå? Stress situasjoner er et eksempel på slike uforutsigbare situasjoner. Petter Skants skriver i boka *Omsorg i kriser «Beredskap er etterpåklokskap på forhånd»* (2008, s. 38). Senere står det, «Beredskapsarbeid er å skaffe handlingsevne når situasjonen blir akutt og uoversiktlig og krever flere ressurser enn vi har» (Skants, 2008).

Hodgkinson og Stewart sagt noe om hvordan en traumatisk hendelse kan oppstå av ulike årsaker. Det kan være større hendelser, som blir betegnet som en katastrofe. Innenfor katastrofe er det tre hovedgrupper, menneskeskapte katastrofer, naturkatastrofer og vold, kriminalitet eller terror (referert i Herbert & Wetmore, 2013). Disse ytre hendelsene kan man se på som en traumatisk krise. Grunnen til at man kaller dem traumatiske kriser er fordi de kan være med på å ødelegge for individets integritet. En annen krise er utviklingskrise. Man bruker utviklingskrise over for situasjoner som kan være personlige og som er med på å endre livssituasjonen(Håkonsen)Hvem som påvirkes av hva er individuelt og kommer an på hvordan personene håndterer situasjonen. Det er ingen klar plan eller oversikt over hvordan man skal håndtere oppståtte kriser, men et felles mål er å bedre situasjonen til den som har opplevd en ubehagelig hendelse. I korte trekk forklares denne prosessen med fem punkter i Hummelvoll (2012, s. 512):

1. Rask intervensjon/hjelp.
2. Å bidra til stabilisering (mobilisere, ressurser og støtte nettverket til å gjenopprette en viss likhet i orden og rutiner).
3. Å lette forståelse (av hva som har hendt, gjennom å samle fakta og lytte til de personlige historiene).
4. Å holde fokus på problemløsning.
5. Å oppmuntre vedkommende til å stole på seg selv.

Janoff-Bulman skriver noe om hvordan små ting i hverdagen plutselig kan være for mye og overveldende, og hvordan dette kan gjøre at man føler at man ikke har oversikt og kontroll. I det man føler man ikke har noe trygt rom lenger vil man også føle at alt er snudd på hodet og at man ikke har noe stabilt å forholde seg til lenger (referert i Herbert & Wetmore, 2013).

Arman og Rehnsfeldt (2012) sier at det kan være problematisk om man ser på pasienter etter en katastrofe som syke i diagnose-sammenheng, da de mener at disse pasientene ikke er det. Dette begrunner de ved at man må se på disse indre skadene som naturlige reaksjoner til alvorlige hendelser, traumer, og at hjelpen derfor må justeres til det utgangspunkt, å være naturlig. Derfor har de presentert Det Existensiella Förbundet (DEF) som går ut på at man i hovedsak skal prøve å være medmenneske med de som har blitt rammet, som har fått sine grunnleggende behov midlertidig utslått. Døden tas opp som det sterkeste grunnvilkåret for menneskenes eksistens, etterfulgt av ensomhet, meningsløshet, urettferdighet, sårbarhet og lidelse. DEF har et tankesett om at det i mennesker alltid er ressurser for helse og velbefinnende, men at hjelperne må åpne opp for å kunne bruke de, for å unngå eller endre pasienten fra å låse seg eller fra hyperaktivitet som oppstår i det de kaller livsforståelsesmørket (Armand & Rehnsfeldt, 2012).

Ofte når man tenker på stress og hvorfor det oppstår vil man tenke at det i mange tilfeller er et problem. Men som tidligere nevnt oppstår stress i forskjellige settinger. Hvis man har et problem så kan det være en faktor. En annen ting er hvis man for eksempel opplever en ulykke eller tragedie i familien eller med seg selv, da vil også følelsene settes i sving. Det er viktig å kunne balansere følelsene, men man skal ikke ta dem forgitt. Følelser kan til en grad være veiledede. Ved å undertrykke følelsene sine kan det gå på bekostning av å lære fra de forskjellige situasjon som oppstår (Konsmo, 1995).

3.3.1 Post traumatisk stresslidelse (PTSD)

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er reaksjon på en hendelse, som for eksempel en traume, eller også kalt traumatisk krise. Denne lidelsen oppstår minst fire uker etter hendelsen og kan komme så sent som seks måneder etter (Reitan, 2010; Snoek & Engedal, 2004), den må også ha varighet minst én måned for å klassifiseres (Folkehelseinstituttet, 2013).

Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders - DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994) setter krav til at man skal ha minst én påtrengende, tre avvikende, og to opphissende symptomer i tillegg til allerede nevnte tidskrav og traume for å klassifisere til PTSD.

Det finnes mye forskning på PTSD og vi har funnet at det er høy sammenheng mellom sosiodemografiske forhold for hvem som utvikler PTSD. De som kommer fra områder med lavere økonomi og utdanning er i større fare for å utvikle lidelsen enn de fra bedre kår. De fant også at veteraner med PTSD i større grad enn de uten lidelsen skylder på rådende forhold i større grad når det gjelder grunnlag for feiling eller seier i kamp (Ginzburg et al., 2003).

PTSD omtales som oftes som en stresslidelse, men man kan også si at det er en krise. En krise kan være i det man møter motstand i form av en taps opplevelse eller en krenkelse (Håkonsen, 2010). Det vil i utgangspunktet være ulike forutsetninger for posttraumatisk stresslidelser, og de som får denne stressreaksjonen har i de fleste tilfeller opplevd en eller flere traumatiske kriser. Det kan være større hendelser og katastrofer som omhandler større folkegrupper som for eksempel krigshandlinger eller naturkatastrofer. Andre ting som kan utløse posttraumatisk stresslidelse kan være noe som skjer med enkelt individet som eksamen, skilsmisse, økonomiske utfordringer eller kanskje en abort (Håkonsen, 2010).

Pasientene som opplever posttraumatisk stresslidelse vil også noen ganger føle at «lufta går ut av dem», og de vil også ha perioder der de ikke vil ha noen stor mestringsfølelse. Men i motsetning til at pasienten kan føle en utflating, vil også noen oppleve at de kan bli mer offensiv. De kan være mer følsomme for enkelte ting og vil til en viss grad være i beredskap (Snoek & Engedal, 2004).

3.4 Mindfulness

Mindfulness, eller oppmerksomt nærvær (ON) kommer fra Buddhismen og handler om å være til stede og oppmerksom på øyeblikkets følelser og tanker med en aksepterende og vennlig holdning til disse. Dette skal skape høyere grad av omsorg og innlevelse i seg selv, og det er spesielt gjennom meditasjon denne evnen utvikles (Skårderud et al., 2010). Det er i utgangspunktet to måter Kabat-Zinn (2012) beskriver som metode for å skape høyere mindfulness. Den ene er strukturell med meditasjon hvor man helst sitter foran å ligge for ikke å bli passiv. Grunntanken er å følge med på og kjenne på kroppens signaler, tanker og følelser gjennom å finne kontakt med bevisstheten sin. For nybegynnere starter dette gjerne med å finne pusteankeret sitt, altså å kjenne på hvor i kroppen pusten kommer fra, men enda viktigere er bevisstheten som ligger rundt denne innadvente søkingen. Den andre metoden er uformell og kan skje gjennom alle døgnets tider og i alle situasjoner. Det handler om å ta til seg øyeblikket og fokusere bevisstheten sin, altså å få oppmerksomt nærvær. Det kan være så enkelt eller vanskelig som at man virkelig går inn for å smake på alle smakene i munnfullen med hamburger man har tatt, eller å stå med skistaven i hånden og virkelig føle på hvordan det kjennes å ha den der (Kabat-Zinn, Mindfulness for nybegynnere - Ta livet tilbake, 2012).

Kabat-Zinn (2011) beskriver denne tilstanden eller egenskapen som å bli bedre i stand til å utnytte sine egne ressurser fordi man vil ha større forståelse for verdien som ligger i hvert øyeblikk, og hvor stor vekst og utvikling dette kan gi oss. Mindfulness har ikke som formål at man skal stenge ut følelser eller tanker, men heller at man skal lære å akseptere disse (Kabat-Zinn, Akkurat nå. Bevisst tilstedeværelse i hverdagen, 2011).

Mindfulness har i senere tid blitt inkludert i en del andre terapiformer innen både psykoterapi, psykodynamisk, humanistisk eksistensiell og kognitiv terapi, disse nevnes lenger ned i kapitlet (Skårderud et al., 2010).

Den moderne bruken av begrepet kommer fra Jon Kabat-Zinn som opprinnelig er lege og har doktorgrad i molekylær biologi fra MIT – Massachusetts Institute of Technology. Han etablerte i 1979 stressreduksjons kurs for sine pasienter ved University Hospital of Massachusetts. Kabat-Zinn fikk bare tildelt kjellerrom til å begynne med da det var stor skepsis til dette kurset i Oppmerksomhets Meditasjon. Det er nå etablert en egen klinikk for stressreduksjon ved det samme sykehuset, Mindfulness in Medicine, Health Care, and

Society, MBSR – Mindfulness Based Stress Reduction Clinic. Kurset ble ganske snart anerkjent blant andre leger i staten Massachusetts da over 80% av pasientene hadde fått bedre kontroll over sin egen situasjon etter deltakelse (Kroese, 2011). Kurset, eller metoden har ikke som formål å virke som et alternativ til behandlinger, men er tenkt som et tillegg for å skaffe pasienten en slags «*Hjelp til selvhjelp*», som også synes godt gjennom måten det er lagt opp (Kroese, 2011).

Pasientene skal følge et åtte-ukers kurs med samlinger to timer hver uke, de får utlevert CD med meditasjons- og yogaveiledninger som pasienten skal bruke 45 minutter seks dager i uken (Kroese, 2011).

I Kabat-Zinn's kurs blir pasientene presentert for fire hovedpoenger som skal tas videre med i de åtte ukene kurset varer, og forhåpentligvis videre i livet:

1. Selv om du er syk, er det mer å glede seg over enn å sørge over.
2. Målet med Oppmerksomhets Meditasjon (OM) er ikke å bli helbredet.
3. Du har et eget ansvar.
4. Gjør øvelsene selv om du har motstand mot dem (referert i Kroese, 2011)..

Man kan utføre OM på to måter, den formelle og den uformelle. Den formelle utførelsen går ut på at man har avsatt tid for meditasjon hvor man setter seg på en stol og finner øyeblikket, roen, kjenner på følelsene og stresset gjennom et visst antall minutter. Den uformelle utførelsen går ut på å finne pustankeret sitt i de øyeblikk gjennom dagen hvor man kjenner at stresset eller ubehaget kommer (Kabat-Zinn, 2011). På denne måten vil man ta imot stresset og akseptere dette gjennom å finne tilbake til pustankeret sitt. Dette kan billedliggjøres ved å bruke en metafor;

«Du kan ikke stille bølgene, men du kan lære å surfe dem» (sitert i Kabat-Zinn, 2011, s.).

For at man skal lære seg den surfinggen krever det gjentatte øyeblikk med ikke-gjørenhet hvor vi ikke dømmes eller strever med å komme videre, det er å nyte øyeblikket og få kontroll (Kabat-Zinn, 2011).

4. Drøfting

Vi kommer i dette kapitlet til å drøfte bruken av mindfulness for veteraner med PTSD. Som en naturlig del av dette, ønsker vi å drøfte veteranens situasjon opp mot PTSD da vi ser at denne lidelsen kan ha stor innvirkning på hverdagen for disse.

En veteran defineres i denne oppgaven som en person med bakgrunn fra internasjonale operasjoner. De fleste voksne menn i Norge har vært i førstegangstjeneste og opplevd det miljøet og de krav som eksisterer i militær tjeneste. Veteranene har vært i et slikt miljø i opptil flere år og operasjonene de har vært med på er ofte krevende og utfordrende på mange måter. Denne typen tjeneste stiller krav til mental modenhet, gode etiske vurderinger og fysiske utfordringer. Dette skaper stor kontrast til det inntrykket man har fått av veteraner gjennom media i forbindelse med at mange veteraner som har tjenestegjort i Libanon har utviklet senskader.

Av egen erfaring vet vi at det kan være stor forskjell i belastninger ved operasjonene, landene og hvilken stilling man tjenestegjør i. En fellesnevner er ofte at en veteran er løsningsorientert, vant med å arbeide tett med andre, arbeidsvillig, lojal og robust både fysisk og psykisk. På den andre siden vil det å komme hjem fra en operasjon i et land hvor infrastrukturen er helt eller delvis ødelagt med mennesker som lever i nød og hvor barn har levevilkår som sterkt avviker fra det vi er vant med i Norge, kunne skape sterke inntrykk. Det kan fortone seg en avsmak for det som media og nettverket rundt fokuserer på og diskuterer fordi man ser på disse tingene som luksusproblemer som er så vidt forskjellige fra de grunnleggende behovene som mennesker ikke får ivaretatt der man har vært. Sett på en annen måte kan man si at veteranene trenger tid for å tilpasse seg hjemkomsten.

Når man har vært i et så sterkt sosialt sammenknyttet nettverk som en militær avdeling, spesielt etter å ha opplevd mye sammen, kan det oppleves som et vakuum når man er nødt til å forlate denne gruppen. Den militære uniformen som en gang var med på å sette preg på identiteten er ikke lenger annet enn en støvsamler i skapet. Man har ikke et gradssystem eller en karriere å vise til, og de man har vært nærme er kanskje ikke så tilgjengelige lengre. De kan ha flyttet til områder langt unna eller ha fortsatt i jobben som innebærer stor grad av øvingsvirksomhet og dermed utilgjengelighet. Det å slutte i jobben som soldat kan derfor ses på som å gå over til en ny verden hvor man ikke får den anerkjennelsen man føler det er

verdt når man har gjort en slik innsats for sitt eget, og ikke minst andres land. Dette kan slik vi ser det skape en spiral som gjør at hvis man allerede sliter litt med vonde minner etter traumer kan de forverres ytterligere. Soldater har blitt flinkere til å snakke sammen om opplevelser gjennom økt fokus på senskader som har resultert i hyppigere debriefer, umiddelbart etter enkeltoppdrag, ved tilbakereise og en stund etter hjemkomst.

For å tilfredsstillere kriteriene for PTSD er det en del symptomer man må ha i følge DSM- IV (American Psychiatric Association [APA], 1994). For å gi et inntrykk av hvordan det kan påvirke det sosiale vil vi nevne en av symptomene som handler om at man stadig opplever tilbakevendende og forstyrrende inntrykk i form av bilder, tanker eller sanser. Et sanseintrykk kan være basert på lukt som kan være veldig vanlig, hvor for eksempel veteranen kan ha tygget på en viss type tyggegummi i det han opplevde traumet. Når han da kjenner denne lukten i ettertid kan dette gjøre at han gjenopplever hele eller deler av traumet og dermed får sterke stressreaksjoner av dette. Det ville vært veldig uheldig om vedkommende satt på et fullt tog på vei til en flyplass, hvorpå reaksjonen kan være aggresjon eller tilbaketrekning. Som resultat av denne hendelsen kan det hende veteranen velger å unngå slike potensielle opplevelser i framtiden og dermed trekker seg enda mer vekk fra sosiale sammenhenger. Et annet eksempel på ett av symptomene som er listet opp i DSM- IV er at man mister evnen til følelsesliv, at man blir følelsesmessig nummen og kanskje ukontrollerte sinneutbrudd eller irritabilitet. Hvis vi ser på dette i sammenheng med å være ektemann og far, kan vi forstå at familielivet er en utfordring for alle parter og at man føler utrygghet på hverandre. Ektefelle kan tenke på om hun klarer å holde ut lengre, eller være redd for at sinnet skal utvikle seg til å gå ut over henne eller barna. Veteranen kan sitte med skam over å ikke ha kontroll over seg selv, og med en redsel for at kona eller barna frykter han og kanskje vil forlate han. Ray og Vanstone (2009) konkluderer i sin studie med at aggresjon og følelsesmessig avflating er symptomer som kan skape negative konflikter i forhold til nettverket rundt veteranen. Studien sier også at familien og de nærmeste i nettverket er veldig viktige for å oppleve bedring ved PTSD (Ray & Vanstone, 2009).

Veteranen som allerede sliter med sine tanker vil muligens føle det som at alt går imot ham og at eneste måte å komme vekk er å skyve tankene bort, som å sette opp en vegg.

Det har de senere år vært fokusert mye på veteransaken, og som vi har vist til i innledningen er det en del av soldatene fra Norges innsats i Afghanistan som enten tilfredsstiller kravene

til PTSD diagnose, eller befinner seg i grenseland (Forsvarets Sanitet, 2012). En veteran som sliter med en slik lidelse vil ha store utfordringer, og vi ser at det å skulle leve med stadige mareritt, kroppslige reaksjoner på minner og gjenopplevelser av de traumer de har opplevd må være veldig tungt å bære.

I nyhetsartikkelen fra Bergens Tidende «De usynlige krigsskadene» fra 11. Januar 2014, blir boken «Gi meg heller livet: Ein dokumentar om soldatveteranar i Norge» presentert. Her presenteres 13 veteraner som er plaget blant annet av PTSD gjennom sterke bilder og historiene deres. Noen bilder av disse veteranene blir gjengitt i reportasjen, og de gir alle inntrykk av tilbaketrekking. Den ene av veteranene presenteres på et bilde med en tekst hvor det forklares at han ikke går ut annet enn når han har timer til psykolog eller skal handle øl (Fossen, 2011). Vi vet at alkohol ofte blir brukt som et middel for å lindre tankenes smerter og at det kan slå uheldig ut. Ikke bare vil et misbruk ha stor effekt på individets helse generelt, men det vil også ha andre uheldige effekter som redusert sosial kontakt som følge av den typen atferd misbruk ofte medfører. Det vil også kunne være problematisk siden omgangskretsen ikke kjenner til de plager vedkommende opplever og dermed ikke forstår den egentlige årsaken til dette misbruket.

Veteranene som gruppe kan være ganske mange, da det har vært mer enn 100 000 norske soldater i oppdrag utenlands siden Tysklandsbrigaden startet på slutten av 1940-tallet. Hvis tallene som blir presenterte i Afghanistanundersøkelsen om antall med PTSD er representative for hele populasjonen av veteraner, er prevalensen individer som sliter med denne lidelsen i dag relativt stor. Man kan spørre seg om det virkelig er et sykepleieansvar å ta seg av disse veteranene, og om det er noe vi bør fokusere på da det kanskje kan virke mer som en oppgave for psykologer eller leger. Hvis vi snur det og ser på sykepleierens oppgaver innenfor både psykisk helsevern og i somatikken, er det i stor grad sykepleiere og annet personale som er mest tilgjengelig for pasientene. Dette har vi gjennom praksis erfart som helt naturlige ansvarsfordelinger da leger og psykologer har et overordnet ansvar. Som sykepleiere skal vi jobbe mot å bedre helse for individer, familie eller på samfunnsnivå i følge Travelbee (2001). Som ledd i en bedrings/recovery-fokusert tilnærming kan man si at sykepleieren har som ansvar å skulle hjelpe pasienten til bedring fra de lidelser som allerede er oppstått, dette kan vi se på som sekundærbehandling. Vi ønsker jo ikke at veteranene skal utvikle stresslidelsene sine til å bli enda mer fastlåst, men vi vil at de skal kunne fungere til tross for disse lidelsene. Vi skal altså ikke behandle nødvendigvis med mål om at man skal

være tilbake på samme standpunkt som før lidelsen, men heller lære å leve med den som det er blitt. Vi kan også se et helt klart sosioøkonomisk aspekt ved det å skulle ta ansvar for de som lider psykisk, da vi kan anta at det koster samfunnet veldig mye å skulle betale ut trygdepenger samt betale for behandlingsopplegg og ikke minst de konsekvensene det kan få for de rundt pasienten hvis det ikke blir iverksatt behandling, hvis man tar utgangspunkt i avisartikkelen fra Bergens Tidende (Fossen, 2011).

Veteranene blir ofte omtalt som spesifikke grupper av mennesker, som om de skulle bo sammen eller ha et tett nettverk. Men som vi har beskrevet over er det nok ikke slik, men heller sånn at de med problemer er ensomme og bortgjemte for å få fred og ro fra alle inntrykkene som skaper uro. Kanskje møter man veteranen som pasient på sykehuset man jobber ved- eller på et sykehjem, men uansett vil pasientene ha behov for hjelp til å få kontroll på sin egen situasjon og oppleve bedring. De senere år har det vært mange diskusjoner rundt Libanonveteranene som har opplevd å ikke få oppfølging etter tjeneste, hvor det finnes utallige individer som sitter med PTSD og har kommet så langt i denne at de ikke klarer å mobilisere for å få hjelp. Det sosiale nettverk kan være nær ikke-eksisterende, og dermed vil ikke vedkommende ha noen som kan hjelpe til å verken få hjelp eller å snakke om ting. Veterannettverkene og organisasjonene har etablerte grupper i store deler av Norge hvor det for eksempel er samlinger hver siste torsdag i måneden på gitte steder. Her kan veteranene møt andre og kanskje skape kontakt, eller få gitt et uttrykk for behovet om hjelp, eventuelt bare få snakke med folk som vet hva man har opplevd. Det er relativt typisk for en veteran å ikke snakke om opplevelser eller operasjoner med folk som ikke har opplevd dette, fordi man merker at de bare klarer å følge med de første setningene. Det kan virke som at de tingene man snakker om er så langt borte fra deres forestillingsevne at de faller fra tidlig i samtalen.

Kan vi få veteranene som lider med PTSD til å være med på en behandling som kanskje ikke løser alle problemer, men som kan ha en effekt som kan være med på å skape nok kontroll på følelsene til at man klarer å gå inn på behandling? Det er høy grad av «drop-out», og det er mange som ikke møter til behandling for PTSD (Vujanovic et al., 2011). En behandling som muligens fyller kravene eller målene som vi har skrevet over er mindfulness-baserte tilnærminger. Vi har valgt å se på Mindfulness-Basert Stress Reduksjon (MBSR) som har vokst fram fra slutten av 1970-tallet i USA. Det er en behandling som baserer seg på

meditasjon og å oppleve Oppmerksomt Nærvær. Vi stiller oss spørsmålet om man kan forvente at veteraner som i utgangspunktet har satt opp et slags forsvarsverk mot følelser og inntrykk skal la seg lede inn i en behandling som innebærer å meditere. Og kan denne tilnærmingen klare å bryte ned eller åpne noe ved dette forsvarsverket?

Det kan virke som at meditasjon er litt hippie-preget, og dermed kan det være gjenstand for skepsis og forutinntatte meninger. Det kan på den ene siden virke som at mindfulness-baserte tilnærminger er noe som brukes av folk som bare ønsker å tjene penger på å lure folk, og det kan være vanskelig å tro at fokus på pusten og en ikke-dømmende holdning til omgivelsene og tankene skal skape bedring i forhold til stress. Vi har tenkt i baner som at fenomenet mindfulness kanskje bare er placebo-effekt, at de som begynner med det er så villige til å få endring at bare ved å tro på effekt vil de føle det.

På den andre siden ser vi at det finnes forskning på hjerneaktivitet ved mindfulness meditasjon som sier at det er klare indikasjoner på at følelsesmessige prosesser blir mindre aktiverte for så å få effekten av bedre tilstedeværelse og at man klarer å gjennomgå tanker med sterke følelser uten å tillegge dem så mye mer enn det de er (Taylor, et al., 2011). Dette er i tråd med Kabat-Zinn (2012) som sier at man klarer å være ikke-dømmende og at man lærer å «surfe på bølgene» av følelser. En annen egenskap ved mindfulness som kan være like viktig, har kanskje sammenheng med forskningen vi viste til over, det handler om mestring og strategier i forhold til stress. Denne finner at høyt nivå av mindfulness kan skape bedre utnyttelse av mestringsstrategier eller problemløsende effekter (Trousselard et al., 2012). Studien vi referer til har også funnet sammenhenger mellom mindfulness og et fenomen som handler om psykologisk motstandskraft, resiliens. Studien fant også at høy grad av mindfulness har sammenheng med høy grad av resiliens, som vil kunne skape bedre forutsetninger for å stå imot psykiske lidelser etter traumer (Bonanno, 2012; Hummelvoll, 2012).

Det er helt klart at det å skulle bli med på et åtte-ukers kurs i MBSR kan være en vanskelig oppgave for en veteran som har PTSD med symptomer som for eksempel å ikke se for seg en framtid. Kabat-Zinn har satt noen poenger til sine kursdeltakere for å understreke eget ansvar i forhold til kurset. Han velger dermed å la pasientene føle et ansvar og en mulighet til å være med og påvirke sin egen situasjon helt og fullt.

Dette speiler en viktig holdning som går igjen i mindfulness-tilnærmingen hvor man søker å få bedre selvinnsett og kontroll over egne følelser, altså skal man glede seg over det man har.

Det er også en av grunnene til at det å fokusere på pusten er så viktig i MBSR kurset, en lærer å kjenne at man lever, og det å klare og kjenne på hele spekteret av kroppslige følelser i forbindelse med pusten gjør at man i større grad tillater følelser å komme.

Stress kommer gjerne som økt fysiologisk aktivitet og skaper økt blodtrykk og puls blant annet, dette føler vi på kroppen. Som et eksempel kan man ta å kjøre bil og nesten komme i en ulykke, eller at man mister kontroll, dette skaper en kroppslig reaksjon som styres av hjernen. Vi tolker altså situasjonen til noe farlig. Men hvis man sitter og sliter med tanker, kan man få de samme kroppslige reaksjonene, forskjellen er at det ikke egentlig skjer noe, men hukommelsen spiller oss et puss.

Hvis vi ser på mindfulness slik en kollega har brukt det etter å ha opplevd sterke stressreaksjoner, kan vi se at det faktisk er mulig å surfe på bølgene, uten nødvendigvis å bruke meditasjon som å sitte i en fast posisjon. Kollegaen har tidligere sagt at han har følt seg som et skip som er slått ut av kurs på grunn av bølgene, og at mindfulness har ført til at han nå finner kursen igjen selv om bølgene river og slår. Han anvender den uformelle metoden for mindfulness som baserer seg på at når han kjenner at stresset kommer, tar han kontroll over øyeblikket og fokuserer dypt på for eksempel kaffekoppen han har i hånden sin og kjenner samtidig på følelsene. Følelsene tar ikke overhånd, og han har dermed kontroll på stresset som etter hvert avtar.

Den formelle metoden for mindfulness er å sette av tid hver dag for å meditere, helst i sittende posisjon, gjerne på en stol. Man kan ha øynene åpne eller lukket og man starter med å finne pusteankeret sitt for så å kjenne på resten av kroppen og hvordan den føles, det kalles kroppsscanning. Kroppsscanningen har som formål å lære og kjenne på kroppen, man skal føle på at ting er som de er, altså vennlig akseptere og ikke dømme det, bare føle på det. Det er en av de viktige lærdommene med mindfulness, og er det som kan føles som det virksomme. Som forskningen vi har presentert viser så er mindfulness i stor grad noe man må utvikle over tid med mengdetrening, i dette ligger at kvaliteten på treningen må være på topp for å kunne skape gode resultater i form av mindre stress. Det kan også være et av ankepunktene ved mindfulness, at man får for store forventninger til effekt, og at man i for stor grad fokuserer på resultat foran å gjøre det på rett måte. Det skal dog være vanskelig å få et slikt inntrykk om man leser bøkene til Kabat-Zinn (2011 og 2012) hvor det understrekes at det kreves gjentatte øyeblikk med ikke-gjørenhet.

Men hvordan kan vi som sykepleiere få tak i og hjelpe en veteran med PTSD etter traumer, og hvordan skal vi gå fram? Det typiske er vel at man kjenner noen som er veteran, eller at noen man kjenner gjør det. Eller at vi som sykepleiere, gjerne innenfor psykisk helsevern har pasienter som er veteraner. Vi skal i følge Hummelvoll (2012) jobbe for å gi pasienten mulighet til å forstå sin egen situasjon og hjelpe til å bearbeide sitt helseproblem. Av de ni hjørnesteinene har vi valgt ut selvaktelse/signifikans som handler om å føle seg akseptert. Vi må forsøke å gi pasienten tro på at selv om tidligere problemløsningsforsøk ikke har fungert, kan det hende at noe annet fungerer. Med dette forsøker vi å gi han trygghet til å kunne godta sine kvaliteter, negative og positive. Vi skal altså søke mestringstro, og gjøre pasienten i stand til å forstå at det betyr noe om man prøver, altså at det er en mening i det å forsøke. Pasienten skal forstå sin signifikans i verden, kanskje at det er familie, venner eller jobb som fortsatt ønsker han og hans bidrag. Det kan tilsynelatende se enkelt ut å snu et sinn fra negative tanker med lite tro på et verdifullt liv, til et liv hvor håp og mening igjen finnes, men erfaring viser at det sjelden er det. Fra pasientens ståsted kan det virke som at ingenting hjelper og at forsvarsverket slår brister hver gang man får tilbakeslag etter å ha prøvd en behandling. Som helsepersonell kan det være lett å innta en moralsk holdning overfor pasienter som ikke ser sitt eget beste, dette må vi passe oss for, slik at vi ikke ødelegger relasjonen med pasienten. De har muligens møtt nok motstand og har sine egne problemer å tenke på foran det å skulle ordne opp i samarbeidsproblemer med de som skal prøve å hjelpe. Derfor er det viktig at vi som sykepleiere følger neste hjørnestein og gir pasienten ansvar for seg selv og egne handlinger, at vi informerer pasienten godt slik at han blir i stand til å ta et valg selv. Vi skal jobbe i fellesskap med pasienten for å få pasienten til å se videre. Om pasienten er veldig låst i sin situasjon kan vi forsøke å utfordre pasienten til å ta et steg videre, og samtidig vise støtte for valget slik at man føler at dette kan oppnås i fellesskap med hjelperen.

Det er viktig at vi viser at det finnes valgmuligheter, og hvis vi klarer å stimulere til å ta et selvstendig valg, har pasienten oppnådd noe. Pasienten skal ikke føle at han står alene, da fallgruven kan virke for stor til dette. Som vi ser av Ginzburg et al. sin studie (2003), vil det kunne være stort fokus fra veteranen med PTSD på at det er utenforliggende årsaker til at problemer eller utfordringer oppstår, og dette vil kunne skape en forverring av situasjonen. På den andre siden ser vi også ut fra denne studien at vi må passe på å gi veteranen

anerkjennelse for faktisk å være den som påvirker situasjonen når han tar valg, eller hvis han merker at det er positiv endring. Det blir i studien slått fast at også de positive opplevelsene har en tendens til å bli tilskrevet eksterne forhold hos veteranene med PTSD.

For at vi skal kunne hjelpe pasientene til å oppleve bedring etter traumer er det viktig i en akutfase å la pasienten få stabilisering gjennom et nettverk av nære ressurser som familie og venner, samt å hjelpe pasienten til å forstå helheten. Vi skal forsøke å få pasienten til å holde fokus på problemløsning og å stole på seg selv. Dette kan være vanskelig å ha som utgangspunkt hvis pasienten har problemer med å løse seg fra traumet og går stadig dypere med følelser av skam i tillegg til å ha stort fokus på å holde problemer og følelser borte. Det er slik vi ser det uhensiktsmessige mestringsstrategier som ikke løser problemet eller stimulerer til kontakt fra nettverket sitt.

Det kan diskuteres hvorvidt en sykepleier kan ha rolle i en slik tilnærming til et problem, og det har vi tenkt å gjøre nå i et forsøk på å koble leddene sammen mellom veteranen med PTSD, mindfulness og sykepleie.

Hvis vi tar utgangspunkt i McCullouch og Boxer (sitert i Hummelvoll, 2012, s. 586) sin definisjon av psykisk helsefremmende arbeid så har vi som sykepleiere absolutt et ansvar for å gi disse veteranene hjelp til å kunne velge, for videre å ta stilling til den hjelpen de ønsker å få for å makte livshendelser gjennom økt selvaktelse og opplevelse av velvære som vi utfra noe av forskningen som er presentert, kan benytte mindfulness til. Det er forståelig at man kan ha skepsis til om gjennomføringen av en slik type behandling kan være mulig for veteraner med PTSD, men en forskning vi fant, undersøkte nettopp dette. De fant at de 30 veteranene med PTSD som var med på MBSR-kursets åtte uker opplevde store forskjeller på opplevd stress, søvnkvalitet og nivå av depresjon. De fant også av evalueringsskjema at kurset hadde høy gjennomførbarhet og etterlevelse (Kluepfel, et al., 2013). Vujanovic et al. (2011) fant at det kan være risikabelt å ta veteraner med PTSD inn i MBSR-kurs hvor det er krav til hele 45 minutters sekvenser med meditasjon og anbefaler heller at man holder det til kortere gjennomføringer ved et tidlig stadie av kurset i fall man har pasienter som plages med å holde tilbake ved gjenopplevelser av traumene. De fant også at det er en del forskjellige definisjoner og syn på hvordan mindfulness skal tolkes i det faglige fora rundt bruk av mindfulness sammen med andre behandlingsmetoder ved PTSD. Dette mener de er

med og gjør mindfulness skadelidende da det kan vanskeliggjøre målingen av effekt ved bruk (Vujanovic et al., 2011). En studie utført på amerikanske marinesoldater før avreise til Irak ved bruk av Mindfulness-Based Mind Fitness fant at soldatene viste lavere stressnivå etter å ha startet med kurset, og det viste seg også at tid anvendt til meditasjon bidro i stor grad til å senke dette enda mer. Det ble også funnet at de som hadde høyere grad av rapportert mindfulness også hadde lavere grader av stress enn de andre soldatene i studien (Stanley et al., 2011).

Vi ser at det på den ene siden finnes studier om mindfulness og posttraumatisk stresslidelse som støtter bruken av dette som behandlingsmetode, mens det også finnes studier som stiller seg kritiske først og fremst til de effektene det kan ha.

5. Konklusjon

I denne oppgaven har vi sett på metode, sykepleieteorier, traumer og posttraumatisk lidelse samt mindfulness. Vi har i drøftingen forsøkt å finne ut av hvordan en veteran med PTSD har det i hverdagen og hva som kan være viktige aspekter ved det å tilhøre en gruppe mennesker som har gjort slike karrierer. Det har blitt forsøkt drøftet hvordan PTSD kan påvirke en veteran og hvorfor dette er et sykepleieanliggende. Vi har også drøftet hvordan vi som sykepleiere med eksisterende sykepleiemodeller kan benytte oss av mindfulness for veteraner med PTSD.

Det kan se ut som at veteranene som opplever å måtte leve med PTSD får forsterkede effekter av at de har hatt en karriere hvor det er viktig å være psykisk og fysisk robuste, samt at det kan være større terskler for å be om hjelp grunnet stolthet. En sykepleier har et ansvar for å bidra til å hjelpe personer som lider med PTSD og som ikke klarer å finne mestringsstrategier som er hensiktsmessige eller metoder som skaper bedring i helse. Siden veteranene som har blitt drøftet i denne oppgaven allerede har utviklet en lidelse, og at de kan være vanskelige å nå fram til, mener vi det er et viktig ansvar for oss som sykepleiere å kunne ta tak i og hjelpe disse til å komme videre til en vei mot bedring. Mindfulness er en ganske ny sekundærbehandling på markedet. Men ut ifra det vi vet om mindfulness ser vi at dette kan være et godt alternativ for veteraner generelt som har vært ute i militære internasjonale operasjoner og som opplever stress.

Vi mener det er grunn til å si at mindfulness kan fungere som behandling og tilleggshandling ved PTSD hos veteraner, og at sykepleiere kan benytte mindfulness som metode med noen forutsetninger. Disse kan være at mindfulness bør introduseres som metode i grunnleggende studier slik at studenter kan være kompetente og bevisst denne metoden som den mulige tilleggshandlingen det kan være. Mindfulness kan også slik det ser ut, være en viktig faktor for å skape økt grad av resiliens hos veteraner og kan kanskje vurderes til bruk ved militære avdelinger i Norge. Til tross for dette, ser vi at det er behov for mer forskning på området, med hensiktsmessige design og med kontrollgrupper, da veldig mye av forskningen vi fant hadde mangler eller rapporterte mangler. Vi ser at det helt klart trengs mer forskning i Europa og Norden på dette området da det kan være store forskjeller i forhold til USA. Sykepleiere eller helsepersonell generelt bør være observante ved bruk av

MBSR mot pasienter med PTSD, uansett bakenforliggende årsak fordi det kan være virkninger ved den nok så ensomme behandlingsformen som kan skape problematisk atferd når pasientene har affektforstyrrelser ved gjenopplevelse blant annet.

6. Referanseliste

- *American Psychiatric Association [APA]. (1994). *DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (four.)*. Washington D.C: Marican Psychiatric Assosiation.
- *Amstadter, A. B., Aggen, S. H., Knudsen, G., Reichborn-Kjennerud, T., & Kendler, K. S. (2013, Februar). 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 Vol. 48(2)*, ss. 215-223.
- *Armand, M., & Rehnsfeldt, A. (2012). *DEF - Det Existensiella Förbandet*. Stockholm: Liber AB.
- Askheim, O. P., & Starrin (red.), B. (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Bonanno, G. A. (2012, Januar 20). Uses and abuses of the resilience construct: Loss, trauma, and health-related adversities. *Social science & medicine Vol.74(5)*, ss. 753-756.
- Cavanagh, S. J. (2005). *OREMs sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Chiesa, A., & Serretti, A. (2010). A systematic review of neurological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological medicine Vol.40*, ss. 1239-1252.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Folkehelseinstituttet. (2013, April 18). *Traumatiske hendelser og posttraumatisk stress er forbundet med psykiske lidelser*. Hentet fra Folkehelseinstituttet: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6261:0:25,6738&MainContent_6261=6496:0:25,6808&Content_6496=6178:101086:25,6808:0:6562:1:::0:0
- *Forsvaret. (2014, Februar 27). *Forsvaret*. Hentet fra Veteraner fra Internasjonale operasjoner: <http://forsvaret.no/veteraner/om/Sider/internasjonale-operasjoner.aspx>

-
- *Forsvarets Sanitet. (2012). Afghanistanundersøkelsen 2012. Norge: Forsvaret.
- *Forsvarsdepartementet. (2009, 12 22). *Forskrift om særskilt kompensasjonsordning for psykiske belastningsskader som følge av deltakelse i internasjonale operasjoner*. Hentet 01 29, 2014 fra Lovdata: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-22-1768>
- *Forsvarsdepartementet. (2011). *I tjeneste for Norge- Regjeringens handlingsplan for ivaretagelse* . Hentet fra Forsvaret: <http://forsvaret.no/veteraner/lenker/Documents/i-tjeneste-for-norge.pdf>
- *Fossen, E. (2011). De usynlige krigsskadene. *Bergens Tidende*.
- *Ginzburg, K., Solomon, Z., Dekel, R., & Neria, Y. (2003). Battlefield functioning and chronic PTSD: associations with perceived self efficacy and causal attribution. *Personality and Individual Differences Vol.34*, ss. 463-476.
- *Harris, A., & Ursin, H. (2012). Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv. I Å. Gammersvik, & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - I teori og praksis* (ss. 159-172). Bergen: Fagbokforlaget.
- *Helse- og omsorgsdepartementet. (1997, Mai 15). *Prioritering på ny*. Hentet fra NOU 1997: 18: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-18/4/3/1.html?id=345829>
- Helsedirektoratet. (2011). *ICD-10 Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012, Desember 06). *Folkehelsemeldingen*. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid/folkehelsemeldingen/Sider/default.aspx>
- *Herbert, C., & Wetmore, A. (2013). *Å bekjempe traumatisk stress*. Trondheim: Akademika Forlag.

-
- *Horsburgh, M. E., & Ferguson, A. L. (2012). Salutogenesis. I V. H. Rice, *Handbook of stress, coping and health - Implications for nursing research, theory and practice* (ss. 180-198). California: SAGE publications Inc.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2010). Individet og fellesskapet. I K. M. Håkonsen, *Innføring i psykologi 4.utg* (ss. 203-217). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Jha, A. P., Stanley, E. A., Kiyonaga, A., Wong, L., & Gelfand, L. (2010). Examining the protective effects of mindfulness training on working memory capacity and affective experience. *Emotion Vol.10(1)*, ss. 54-64.
- *Kabat-Zinn, J. (2011). *Akkurat nå. Bevisst tilstedeværelse i hverdagen*. Oslo: Arneberg Forlag.
- *Kabat-Zinn, J. (2012). *Mindfulness for nybegynnere - Ta livet tilbake*. Oslo: Arneberg Forlag.
- *Kluepfel, L., Ward, T., Yehuda, R., Dimoulas, E., Smith, A., & Daly, K. (2013, Desember). The evaluation of Mindfulness-Based Stress Reduction for veterans with mental health conditions. *Journal of holistic nursing Vol.31(4)*, ss. 248-255.
- Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør...* Otta: Tano A.S.
- Kroese, A. J. (2007). *Stress*. Oslo: H.Aschehoug & Co.
- Langeland, E. (2011). Salutogene samtalegrupper. I A. Lerdal, & M. S. Fagermoen, *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (ss. 208-235). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Lerdal, A., & Fagermoen (red.), M. S. (2011). *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mæland, J. (2012). *Forebyggende helsearbeid Folkehelse i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

-
- Norsk Sykepleierforbund. (2011, November). *Yrkestetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra Norsk Sykepleierforbund: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Nordheim, L. V. (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribe As.
- *Ray, S. L., & Vanstone, M. (2009, Januar 07). The impact of PTSD on veterans' family relationships: An interpretative phenomenological inquiry. *International Journal of Nursing Studies* 46, ss. 838-847.
- Reitan, A. M. (2010). Mestring. I U. Knutstad (red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie Sykepleieboken 2* (ss. 74-107). Oslo: Akribe AS.
- *Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- *Skants, P. (2008). *Omsorg i kriser: håndbok i psykososialt støttearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stanicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn- Kropp- samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Snoek, J. E., & Engedal, K. (2004). *Psykiatri*. Oslo: Akribe Forlag.
- *Stanley, E. A., Schaldach, J. M., Kiyonaga, A., & Jha, A. P. (2011). Mindfulness-Based Mind Fitness Training: A case study of a high-stress predeployment military cohort. *Cognitive and Behavioral Practice Vol.18*, ss. 566-576.
- *Sørensen, L. J. (2005). *Smertegrænsen*. København: Psykologisk Forlag A/S.
- *Taylor, V. A., Grant, J., Daneault, V., Scavone, G., Breton, E., Roffe-Vidal, S., . . . Bearegard, M. (2011, Juni 12). Impact of mindfulness on the neural response to emotional pictures in experienced and beginner meditators. *Neuroimage Vol. 57(4)*, ss. 1524-1533.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Trousselard, M., Steiler, D., Claverie, D., & Canini, F. (2012, Januar). Relationship between mindfulness and psychological adjustment in soldiers according to their confrontation with repeated deployments and stressors. *Psychology (Irvine) Vol.3(1)*, ss. 100-116.

*Vujanovic, A. A., Niles, B., Pietrefesa, A., Schmertz, S. K., & Potter, C. M. (2011). Mindfulness in the treatment of posttraumatic stress disorder among military veterans. *Professional Psychology; Research and Practice Vol.42(1)*, ss. 24-31.

*World Health Organization [WHO]. (1998, Januar). *Health promotion Glossary - WHO/HPR/HEP 98.1*. Hentet fra World Health Organization: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>