



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Erfaringer med kognitiv terapi/Experiences with  
cognitive therapy**

**78 og 52**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 50**

**Molde, 28/5-20**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

<i>Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:</i>		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattrollert i URKUND, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Personvern

## Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

## Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder:

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Dato:

Antall ord: 7001

«The stronger person is not the one making the most noise but the one who can quietly direct the conversation toward defining and solving problems»

Aaron T. Beck

# **Sammendrag**

## **Bakgrunn**

Kognitiv terapi ble opprinnelig utviklet for behandling av depressive tilstander. Terapiformen har i senere tid blitt videreutviklet, og har vært nyttig for en rekke psykiske helseutfordringer. Kognitiv terapi er et paraplybegrep som dekker ulike terapeutiske metoder. Terapiformen tar sikte på problemløsning og innsikt i sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd.

## **Hensikt**

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvilke erfaringer personer med psykiske helseutfordringer har med kognitiv terapi.

## **Metode**

En litteraturstudie basert på ti originalartikler, ni av disse er kvalitative og én er både kvalitativ og kvantitativ.

## **Resultat**

Behovet for mestring ble belyst i ulike former på tvers av artiklene. Tilegning av nye ferdigheter og regulering av følelser var faktorer deltakerne anså som nødvendig for oppnåelse av mestring. Påvirkningskraften fra deltakere og terapeut ble ansett som en viktig drivkraft. Terapien var en læringsarena der målet var å lære metoder for å oppnå symptomreduksjon.

## **Konklusjon**

Litteraturstudien viser til gjennomgående positive erfaringer med kognitiv terapi. Tilbakefall og mangel på individualisering var faktorer som påvirket utfallet av behandlingen i negativ retning. For å oppnå gode resultater var det viktig at sykepleier myndiggjorde pasienten og så sammenhengen mellom kropp og sjel.

## **Nøkkelord**

Kognitiv terapi, mental helse, erfaringer, kvalitativ metode.

## **Abstract**

### **Background**

Cognitive therapy was developed for treatment of depressive conditions. This form of therapy has been further developed and has been useful for a number of mental health challenges. Cognitive therapy is a broad concept that covers different therapeutic methods. The therapy form aims at problem solving and insight between thoughts, feelings and behaviour.

### **Aim**

The aim of this literature study was to elucidate which experiences people with mental challenges have with cognitive therapy.

### **Method**

A literary study based on ten peer reviewed articles, nine of which are qualitative whereas one article is qualitative and quantitative.

### **Results**

The need of coping was highlighted in various forms across the articles. The acquisition of new skills and the regulation of emotions were two factors participants considered necessary for coping. The influence from the participants and the therapist was considered an important force. The therapy was a learning arena for learning methods to achieve symptom reduction.

### **Conclusion**

The literature study shows consistently positive experiences with cognitive therapy. Relapse and lack of individualization were factors that negatively affected the outcome of the treatment. In order to achieve good results, it was important that the nurse empowered the patient and saw the connection between body and soul.

### **Keywords**

Cognitive therapy, mental health, experiences, qualitative method.

## **Innhold**

<b>1.0</b>	<b>Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.2	Hensikt .....	3
<b>2.0</b>	<b>Metode</b> .....	<b>4</b>
2.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	4
2.2	PIO-skjema .....	5
2.3	Søkestrategi .....	5
2.4	Kvalitetsvurdering .....	7
2.5	Etiske hensyn .....	7
2.6	Analyse .....	8
<b>3.0</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>10</b>
3.1	Faktorer for å oppnå mestring .....	10
3.1.1	Tilegning av nye ferdigheter .....	10
3.1.2	Regulering av følelser .....	11
3.2	Den sosiale støttens drivkraft .....	11
3.2.1	Terapeutens påvirkningskraft .....	12
3.2.2	Deltakernes påvirkningskraft .....	13
3.3	Kognitiv terapi som læringsarena .....	13
3.3.1	Forståelse av egen tilstand .....	13
3.3.2	Struktur .....	14
3.4	Utfordringer med terapien .....	15
3.4.1	Mangel på individualisering .....	15
3.4.2	Tilbakefall .....	15
<b>4.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>17</b>
4.1	Metodediskusjon .....	17
4.2	Resultatdiskusjon .....	18
4.2.1	En læringsarena for oppnåelse av mestring .....	18
4.2.2	Den sosiale støttens kraft .....	20
4.2.3	Utfordringer med terapien .....	22
<b>5.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>24</b>
	<b>Referanseliste</b> .....	<b>26</b>



Tabell 1: PIO-skjema .....	5
Figur 1: De ulike fasene i søket i PsycINFO 3/5-20 .....	6
Figur 2: De ulike fasene i søket i MEDLINE 3/5-20 .....	6
Figur 3: De ulike fasene i tilleggssøket i PsycINFO 3/5-20 .....	6
Figur 4: Skjematisk oversikt over hoved- og undertema .....	9

**Vedlegg 1:** Oversiktstabell søkehistorikk

**Vedlegg 2:** Skjermbilder søkehistorikk

**Vedlegg 3:** Oversiktstabell inkluderte artikler

**Vedlegg 4:** Eksempel på utfylt sjekklister for kvalitative studier

## 1.0 Introduksjon

De seneste årene har kognitiv terapi blitt en etterspurt og anerkjent terapiform. Terapiformen er trening i indre dialog der pasienten videreutvikler sin evne til å utforske tanker og stille seg spørrende til låste tankemønstre. Pasienten skal lære seg å bli sin egen terapeut gjennom og hjelpes til selvhjelp. Mange mener dette er en fornuftig og jordnær måte å arbeide med psykiske helseutfordringer på. Kognitiv terapi kan benyttes i behandling av ulike typer psykiske utfordringer. Terapiformen kan i tillegg benyttes som et supplement i behandlingen av en rekke somatiske sykdommer. Gjennom kognitiv terapi opplever mange å få kontroll over egne utfordringer (Berge og Repål 2010).

Metoden baserer seg på at terapeuten hjelper pasienten med å teste ut dysfunksjonelle hypoteser en har om seg selv og omverdenen, ved å stille spørsmål som stimulerer til læring (Hallberg og Ørbeck 2009). Målet med kognitiv terapi er å endre observerbar atferd gjennom å instruere pasienten til å endre tanker og tankeprosesser på en aktiv og åpen måte. Dette gjøres via en problemløsningsorientert og strukturert korttidsterapi. Det tas i bruk oppgavebaserte prosedyrer og kognitive intervensjoner for å rekonstruere tanker, følelser og atferd (Snoek og Engedal 2017). Målet kan deles inn i å oppnå økt kontroll over utfordringene, få innsikt i faktorer som har opprettholdt utfordringene og finne metoder som kan benyttes til å forhindre nye utfordringer (Berge og Repål 2010).

Kognitiv terapi ble utviklet av Dr. Aaron Beck på 1960-tallet og ble opprinnelig brukt i behandling av depressive tilstander. Terapiformen har i senere tid blitt videreutviklet og har vært nyttig for en rekke psykiske helseutfordringer (Beck 2011). Kognitiv atferdsterapi er en synonymbetegnelse for kognitiv terapi. Det er et paraplybegrep som rommer en rekke terapeutiske metoder (Berge og Repål 2010). Eksempelvis dialektisk atferdsterapi, problemløsende terapi, eksponeringsterapi, metakognitiv terapi og mindfulness-basert kognitiv terapi (Beck 2011). Kognitiv terapi har støtte i forskningen innenfor biologi, nevrovitenskapene og kognitiv psykologi. Kunnskap om hvordan hjernen fungerer og hvordan mennesket bearbeider informasjon kan forklare forholdet mellom tanker, følelser og atferd (Hallberg og Ørbeck 2009).

For mange kan det å søke hjelp for psykiske utfordringer være vanskelig. Flere er usikre på hva det innebærer å gå i terapi og noen skammer seg over sine psykiske plager. Enkelte har også tidligere hatt negative erfaringer med slik behandling. Et overordnet prinsipp i behandlingen av psykiske utfordringer er at menneskets behov skal legges til grunn for hvilke tjenester som gis. Personens erfaringer og ønsker står hele tiden sentralt, og det skal sikres at muligheten til aktiv medvirkning i behandling foreligger (Berge et al. 2011). Når en plages med psykiske helseutfordringer er det behov for å bevisstgjøre og endre tankemønsteret. Atferd er også et sentralt element – en må eksponere seg for frykten. Dette utgjør til sammen en trekantmodell: tanker, følelser og atferd. Ved å endre ett element, kan en også endre de andre elementene i trekanten (Norsk Helseinformatikk 2016).

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Flere kommuner opplyser at psykisk helse er deres største folkehelseutfordring og at det er manglende kunnskap om tiltak, verktøy og metoder som kan tas i bruk (Helse- og omsorgsdepartementet 2019). Kognitiv terapi kan være adaptiv for alle som jobber med psykisk helsevern. Metodene er i tillegg nyttige både når det gjelder kommunikasjon og å gi struktur i en utfordrende tilværelse for pasienten (Hallberg og Ørbeck 2009). Prinsippene i kognitiv terapi kan benyttes som en del av tiltakene i hele behandlingsskjeden – i døgnavdeling, dagbehandling, poliklinisk oppfølging, ambulant og oppsøkende virksomhet og i allmennhelsetjenestene (Berge og Repål 2011).

I rammeplanen for sykepleierutdanning (Kunnskapsdepartementet 2008) angis det at sykepleiere skal ha kompetanse innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid, undervisning og veiledning samt forskning og fagutvikling. Ved valg av tema har vi vektlagt et emne som interesserer oss og som vi kan dra nytte av uavhengig av arbeidssted. Vi kan komme til å møte mennesker med behov for veiledning og undervisning innenfor dette temaet i alle instanser.

På grunnlag av påstander og hypoteser fra media og forelesere om at kognitiv terapi kan medføre symptomreduksjon hos personer med psykiske helseutfordringer, ønsker vi å se nærmere på erfaringene med kognitiv terapi. Vi mener det er relevant å belyse pasientens perspektiv for å bevisstgjøre sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd.

## **1.2 Hensikt**

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvilke erfaringer personer med psykiske helseutfordringer har med kognitiv terapi.

## 2.0 Metode

I dette kapitlet vil vi gi en beskrivelse av inklusjons- og eksklusjonskriterier, PIO-skjema, søkestrategi, kvalitetsvurdering, etiske hensyn og analyse av inkluderte forskningsartikler.

### 2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å finne artikler som ga best mulig svar på vår hensikt satte vi opp en liste over ulike kriterier artiklene måtte møte:

#### Inklusjonskriterier

- Voksne personer med psykiske utfordringer, som har erfaring med kognitiv terapi
- Pasientperspektiv
- Kvalitative originalartikler
- Artikler fra siste 10 år
- Dansk-, engelsk-, norsk- eller svenskspråklige artikler

#### Eksklusjonskriterier

- Kvantitative artikler
- Andre språk
- Sykepleie- eller pårørendeperspektiv

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvilke erfaringer personer med psykiske utfordringer har med kognitiv terapi. Vi har derfor valgt å inkludere artikler som omhandler personer med erfaring med kognitiv terapi, uavhengig av eventuelle diagnoser eller utfordringer. Vi har valgt å benytte oss av kvalitative artikler fordi vi ville belyse erfaringer. Kvalitative metoder gir kunnskap om erfaringer og holdninger (Nortvedt et al. 2012). Likevel har vi inkludert én artikkel som benyttet både kvalitative og kvantitative metoder, men kun fokusert på den kvalitative delen av artikkelen. Vi har ekskludert sykepleie- og pårørendeperspektiv for å få frem personenes egne erfaringer.

## 2.2 PIO-skjema

Ved bruk av PICO deles hensikten opp slik at man på en strukturert måte kan finne frem til artikler som gir svar på hensikten. Bokstavene i PICO rommer hver sin del av hensikten.

**P**atient/problem – hvilken type pasient eller hvilken pasientgruppe hensikten gjelder

**I**ntervention – hvilket tiltak eller hvilken intensjon vi ønsker å vurdere

**C**omparison – hvis tiltaket vi satte opp over skal sammenlignes med et annet

**O**utcome – hvilket utfall eller endepunkt vi er interessert i

(Nortvedt et al. 2012).

Hensikten vår inkluderer ingen sammenlignbare tiltak, vi har derfor valgt å ekskludere C i skjemaet. Vi tok utgangspunkt i hensikten vår og satte opp skjemaet med aktuelle søkeord (tabell 1).

Tabell 1: PIO-skjema

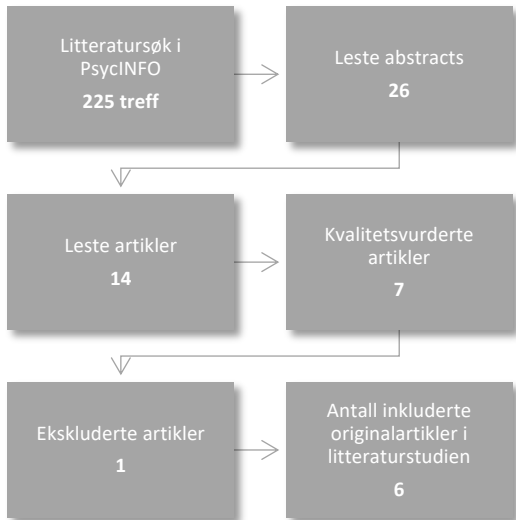
P	I	O
Mental illness	Cognitive therapy	Experienc*
Psychiatric diagnosis	Cognitive behavioural therapy	
Mental health		

## 2.3 Søkestrategi

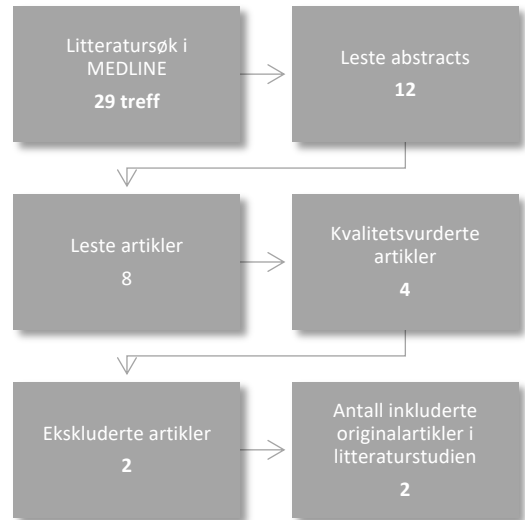
Vi utførte søk i databasene PsycINFO og MEDLINE, som henholdsvis er databaser innenfor psykologi og beslektede emner og verdens største database innenfor blant annet sykepleie (Nortvedt et al. 2012). I de respektive databasene fylte vi inn søkeordene fra PIO-skjemaet. Med utgangspunkt i vår hensikt ble søkeordene mental illness, psychiatric diagnosis og mental health plassert under patient/problem, cognitive therapy og cognitive behavioural therapy plassert under intervention og experienc\* plassert under outcome. Vi benyttet trunkering for å søke på stammen av «experience», slik at vi fikk med alle bøyningene av ordet.

Kombinasjonsordet OR ble benyttet mellom ordene i hver kolonne for å utvide søket og få treff på artikler som inneholdt enten det ene eller det andre ordet. Videre avgrenset vi søket

ved å benytte kombinasjonsordet AND mellom kombinasjonene vi allerede hadde gjort i hver kolonne. I tillegg brukte vi standardiserte emneord. Hele søkeprosessen kan ses i vedlegg 1.



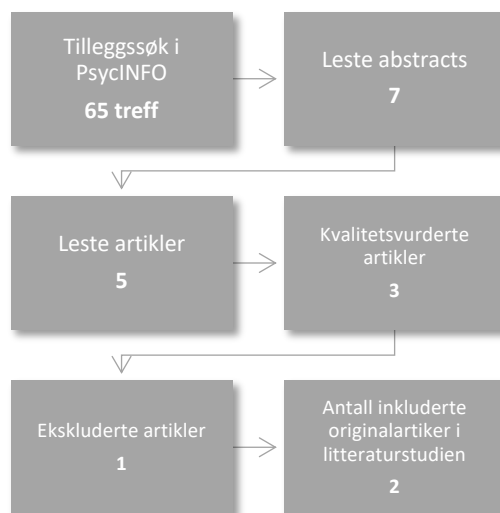
Figur 1: De ulike fasene i søket i PsycINFO 3/5-20



Figur 2: De ulike fasene i søket i MEDLINE 3/5-20

Som illustrert ovenfor resulterte søket i PsycINFO (figur 1) i 225 artikler, av disse valgte vi å inkludere seks artikler. Søket i MEDLINE (figur 2) resulterte i 29 artikler. Av disse valgte vi å inkludere to artikler.

Vi ønsket flere artikler som omhandlet gruppeterapi, og utførte derfor et tilleggssøk i PsycINFO. Her kombinerte vi søkeordene «cognitive behavior therapy» og «group therapy» med AND. Som illustrert nedenfor (figur 3) valgte vi å inkludere to artikler fra dette søket.



Figur 3: De ulike fasene i tilleggssøket i PsycINFO 3/5-20

## 2.4 Kvalitetsvurdering

Vi hentet inn til sammen 27 artikler. Halvparten av disse ble ekskludert på grunnlag av manglende samsvar med vår hensikt og våre inklusjonskriterier. Resultater fra forskningsartikler kan ikke brukes ukritisk. Selv om de er fagfellevurdert er det likevel viktig å vurdere artikkelens gyldighet, metodiske kvalitet, resultater og overførbarhet (Helsebiblioteket u.å). De forskjellige forskningsmetodene krever ulike kontrollspørsmål. Vi benyttet sjekklisten fra Helsebiblioteket (2016) for kvalitetsvurdering av kvalitative artikler. Sjekklisten inneholder ti spørsmål som kan besvares med *ja*, *uklart* eller *nei*. På forhånd bestemte vi oss for at åtte av ti kriterier måtte oppfylles for at artikkelen skulle inkluderes i vår litteraturstudie. Vi tok for oss halvparten av artiklene hver og vurderte disse ved hjelp av sjekklisten (se vedlegg 4 for eksempel på utfylt sjekkliste). Vi kvalitetsvurderte 14 artikler. Fire av artiklene oppfylte ikke kravene våre og ble dermed ikke inkludert i vår litteraturstudie.

## 2.5 Etiske hensyn

Etiske overveielser bør tas i betraktning i startfasen av en systematisk litteraturstudie. Det er viktig å velge studier som er godkjent av en etisk komité eller hvor det er gjort andre etiske overveielser (Forsberg og Wengström 2013). I sjekklisten for vurdering av en kvalitativ studie er et av spørsmålene som følger: *Er etiske forhold vurdert?* Åtte av ti artikler er vurdert av en etisk komité, mens i de to resterende artiklene er det gjort andre etiske overveielser. Deltakerne ble forsikret om at all informasjon ble anonymisert. Noen fikk også opplysning om at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten videre forklaring. Etikk innenfor forskning handler om å ivareta personvernet til hver enkelt deltaker. Forskingen skal ikke påføre deltakerne skader eller unødvendige belastninger, og skal heller ikke skje på bekostning av integriteten eller velferden til deltakerne (Dalland 2017).

Vi som forfattere hadde forskjellige bakgrunnskunnskaper om kognitiv terapi. En av oss hadde ingen erfaring og lite kunnskap om temaet. Den andre hadde erfaring fra et praksissted med dette som et stort fokusområde, og hadde en oppfatning av at pasientene opplevde terapien som svært gunstig. Denne subjektive opplevelsen kan ha hatt innvirkning på fortolkningen av data. Likevel var dette noe vi var bevisste på under arbeidsprosessen. Dette



gjorde oss mer kritiske i utvelgelsen av hovedtema og hvordan vi arbeidet objektivt med stoffet.

## **2.6 Analyse**

I analysedelen vil vi presentere hvordan vi bearbeidet forskningsartiklene og funnene de ga på en systematisk måte. Vi benyttet oss av Evans' fire faser (Evans 2002) for å få en systematisk oversikt over arbeidsprosessen med datainnsamling fra ti forskningsartikler.

### **Fase 1 – datainnsamling**

I fase én samlet vi inn originalartikler vi ønsket å benytte oss av i litteraturstudiet. Alle forskningsartiklene skal være kvalitetsvurdert, alle inklusjon- og eksklusjonskriterier skal overholdes og etiske hensyn skal ivaretas (Evans 2002). Denne prosessen er dokumentert i metodebeskrivelsen.

### **Fase 2 – identifisere nøkkelfunn**

Det kreves grundig lesing av forskningsartiklene for å få en helhetlig forståelse av innholdet (Evans 2002). Her valgte vi å lese alle artiklene hver for oss og skrive et referat fra hver artikkel samt markere viktige funn i teksten. Videre sammenlignet vi funnene med hverandre og satte opp en liste over det vi mente var nøkkelfunnene i artiklene. I denne listen førte vi opp hvilke artikler funnene dukket opp i.

### **Fase 3 – sammenligning på tvers av forskningsartiklene**

I denne fasen sammenlignet vi likheter og ulikheter i nøkkelfunnene. Vi kategoriserte funnene basert på likheter og ut fra dette identifiserte vi hovedfunn. Hovedfunnene baserte seg på de nøkkelfunnene som gikk igjen flest ganger i artiklene. Videre tok vi utgangspunkt i de resterende nøkkelfunnene innenfor hver kategori og klassifiserte undertema.

### **Fase 4 – syntetisering av funn**

Den avsluttende fasen innebærer å syntetisere hovedfunnene. Deretter blir hovedtemaene og undertemaene lagt frem i et resultatkapittel. For en mer oversiktlig presentasjon av funn, valgte vi å kategorisere funnene våre i hovedtema med påfølgende undertema. Vi har valgt å kategorisere funnene (figur 4) for at leseren skal se hvilke tema som blir belyst videre.



Figur 4: Skjematisk oversikt over hoved- og undertema

## 3.0 Resultat

I dette kapittelet vil vi legge frem de fire hovedtemaene med påfølgende undertema.

### 3.1 Faktorer for å oppnå mestring

Alle deltakerne ønsket å mestre sine psykiske helseutfordringer. Økt behov for mestring ble belyst i ulike former på tvers av studiene. Tilegning av nye ferdigheter og regulering av følelser var to faktorer deltakerne opplevde nødvendig for å mestre helseutfordringene (Bernhardsdottir, Champion og Skärsäter 2014, Black et al. 2018, Cramer et al. 2011, French et al. 2017, Jansson et al. 2014, Kühne et al. 2018, Marsden et al. 2018, Millett et al. 2018, Newton et al. 2007 & Redhead, Johnstone og Nightingale 2015).

#### 3.1.1 Tilegning av nye ferdigheter

Deltakerne ble tillært ulike ferdigheter for utvikling av mestring (Bernhardsdottir, Champion og Skärsäter 2014, Black et al. 2018, French et.al 2017, Kühne et al. 2018, Marsden et al. 2018 & Redhead, Johnstone og Nightingale 2015). Deltakerne benyttet seg av ulike ferdigheter de lærte i behandlingen for å håndtere stress, prokrastinering og angst. Avspenningsteknikker og pusteøvelser var eksempler på ulike ferdigheter som ble benyttet for å håndtere situasjoner som følte overveldende (Bernhardsdottir, Champion og Skärsäter 2014). Andre deltakere håndterte symptomene ved å skrive ned bekymrende tanker. De opplevde følgelig at tankene ble mer håndterbare (Jansson et al. 2014). Deltakerne kartla og vurderte sine reaksjoner på hendelser for å forstå sine egne handlinger eller bekymringer. To deltakere skrev påminnelser til seg selv på post-it-lapper eller på speilet da depressive tanker opplevdes fremtredende (French et al. 2017).

Deltakerne opplevde «worksheets» som svært hensiktsmessig for å oppnå symptomreduksjon. Disse ble brukt som et hjelpemiddel til å forstå behandlingen og ga struktur til å planlegge eksponeringsoppgaver (French et al. 2017, Jansson et al. 2014 & Marsden et al. 2018). Andre deltakere ba nære venner og familie om å se på materialet for å gjenspeile hensiktsmessig atferd (French et al. 2017). En deltaker fortalte:

When I looked back over the worksheets, I could see when I was getting better and when things were bad. It allowed me to work out the things I

needed to change in my life so that I could avoid feeling bad and it showed me that things were getting better (French et al. 2017, 52).

### **3.1.2 Regulering av følelser**

Deltakerne opplevde en tydelig endring i sine følelser (Bernhardsdottir Champion og Skärsäter 2014, Black et al. 2018, Kühne et al. 2018, Marsden et al. 2018, Millett et al. 2018 & Redhead, Johnstone og Nightingale 2015). Majoriteten av deltakerne erfarte endring av følelsene sine, som følge av økt forståelse og kunnskap om sine psykiske helseutfordringer. Dette innebar en fornemmelse av både lettelse og engstelse (Redhead, Johnstone og Nightingale 2015). Flere deltakere opplevde lettelsen som et resultat av økt forståelse av tankene sine. Dette resulterte i en «plutselig åpenbaring» for flere av deltakerne (Marsden et al. 2018). Terapien bidro til at deltakerne i større grad kunne gi slipp på smertefulle følelser, som hadde samlet seg opp over tid. For eksempel etter seksuelt misbruk, følelse av å være utilstrekkelig og tap av fysisk mobilitet relatert til andre tilstander (French et al. 2017). En deltaker sa: «Sometimes the sessions are a bit upsetting because it's forcing you to think about things that you just put to the back of your mind. But I always found them really helpful. I always felt better when I left" (French et al. 2017, 51).

På tross av mange positive opplevelser relatert til behandlingen, opplevde enkelte deltakere smertefulle og engstelige følelser i forbindelse med kognitiv terapi. Tankene fløt fritt som en slags storm på innsiden av hjernen. Reaksjonene oppsto som en respons på tidligere skremmende og smertefulle hendelser (Redhead, Johnstone og Nightingale 2015). Terapien opplevdes nøyaktig i forhold til hendelsen. Avspenningsteknikker og pusteøvelser reduserte anspenthet og ga deltakerne en følelse av selvkontroll (Bernhardsdottir, Champion og Skärsäter 2014 & Kühne et al. 2018).

## **3.2 Den sosiale støttens drivkraft**

Majoriteten av deltakerne på tvers av studiene opplevde terapien som en arena der terapeuten, og de andre deltakerne i gruppeterapien hadde stor innvirkning på utfallet av behandlingen (Bernhardsdottir, Champion og Skärsäter 2014, Black et al. 2018, Cramer et al. 2011, French et al. 2017, Jansson et al. 2014, Marsden et al. 2018, Millett et al. 2018, Newton et al. 2007 & Redhead, Johnstone og Nightingale 2015).

### 3.2.1 Terapeutens påvirkningskraft

Terapeutens påvirkningskraft var av stor betydning for deltakernes forståelse av sine helseutfordringer (Bernhardsdottir, Champion og Skärsäter 2014, Black et al. 2018, French et al. 2017, Marsden et al. 2018, Millett et al. 2018 & Redhead, Johnstone og Nightingale 2015). Terapeuten identifiserte utfordringene og hjalp deltakerne med å bryte store problemer ned til mindre (Millett et al. 2018). En deltaker fortalte: «I really didn't have much understanding at all when I came to her, I was just too depressed. But... she was just able to, sort of, bring it back to the reasons why» (Redhead, Johnstone og Nightingale 2015, 459). På den annen side erfarte deltakerne at kognitiv terapi bare rettet seg mot ett bestemt problem. Dette førte til at det var lite rom for å diskutere relaterte problemer som var fremtredende for deres mentale helse. For eksempel identitet- og relasjonsendringer (Millett et al. 2018). En deltaker sa:

It's much more focused on one specific issue. So she puts it in a box and then kind of all the other stuff is off the table, like you don't talk about that... But there's kind of a lot more around it too which would have been helpful to talk through as well (Millett et al. 2018, 429).

Deltakerne fortalte at terapeutens formidlingsevne, kunnskap og erfaring bidro til at deltakerne aksepterte seg selv som menneske, og ikke kun som sykdommen (Marsden et al. 2018 & Redhead, Johnstone og Nightingale 2015). Deltakernes opplevelse av en forståelsesfull, omsorgsfull og imøtekommende terapeut var av stor betydning for å overkomme redselen for å motta hjelp. En fortrolig dialog mellom terapeut og deltaker i et trygt miljø, var utgangspunktet for å dele sine tabubelagte helseutfordringer (Marsden et al. 2018).

Samspillet mellom terapeuten og de andre deltakerne gjorde deltakerne i stand til å møte helseutfordringene på en annen måte (Redhead, Johnstone og Nightingale 2015). For eksempel ved å bidra til å rekonstruere tanker (Marsden et al. 2018). En deltaker fortalte: «I think it's all about reprogramming your brain to realise you not always have to give into stuff» (Marsden et al. 2018, 255).

### **3.2.2 Deltakernes påvirkningskraft**

Deltakerne som deltok i gruppeterapi opplevde symptomreduksjon ved å bruke hverandre som terapeutiske veiledere. Deltakerne sa at gruppeterapi ga en følelse av samhørighet og en følelse av å ikke være alene om sine helseutfordringer (Bernhardsdottir, Champion og Skärsäter 2014, Black et al. 2018, Cramer et al. 2011 & Newton et al 2007). En deltaker sa:

You did not feel like a special case anymore, you see. There are many people who are dealing with anxiety. They understood me and I did not feel like a freak there. It was a great experience ... I think my self-confidence went up because I stopped seeing myself as some kind of a loser ... that I am different (Bernhardsdottir, Champion og Skärsäter 2014, 683).

Gruppeterapien ble sett på som en arena der deltakerne hadde mulighet til å reflektere og lage nye strategier for å håndtere symptomer (Black et al. 2018). Strategiene deltakerne lærte hverandre ledet til positive emosjonelle opplevelser, som for eksempel reduksjon av ensomhet og isolasjon (Newton et al. 2007). En deltaker fortalte:

I think [observing others] puts it in perspective... If the two people on my left and on my right are experiencing the same thing and I can then see how they've tackled it, I sort of nearly take it on myself and filter it through (Black et al. 2018, 7).

## **3.3 Kognitiv terapi som læringsarena**

Deltakerne ga uttrykk for at kognitiv terapi opplevdes som en læringsarena hvor de ble tillært alternative metoder for å oppnå symptomreduksjon (Bernhardsdottir, Champion og Skärsäter 2014, Black et al. 2018, Cramer et al. 2011, French et al. 2017, Jansson et al. 2014, Kühne et al. 2018, Marsden et al. 2018, Millett et al. 2018, Newton et al. 2007 & Redhead, Johnstone og Nightingale 2015).

### **3.3.1 Forståelse av egen tilstand**

Deltakerne utviklet økt kunnskap om, og innsikt i sine helseutfordringer (Bernhardsdottir, Champion og Skärsäter 2014, Black et al. 2018, Jansson et al. 2014, Kühne et al. 2018,

Millett et al. 2017, Newton et al. 2007 & Redhead, Johnstone og Nightingale 2015). Majoriteten av deltakerne utviklet en forståelse av selve lidelsen og relaterte symptomer (Kühne et al. 2018). Økt kunnskap om sykdommen ga deltakerne økt forståelse av hva som skjedde i kroppen når de utviklet depressive symptomer. Dette førte til at deltakerne så sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd (Bernhardsdottir, Champion og Skärsäter 2014).

En deltaker uttrykte: «That my very thoughts, in fact it is more about my thoughts [...], have a strong impact on my feelings and behaviour» (Kühne et al. 2018, 3). Som et resultat av økt forståelse av helseutfordringene, lærte deltakerne hvordan de på best mulig måte kunne håndtere symptomene (Redhead, Johnstone og Nightingale 2015). Dette ga deltakerne mulighet til å utvikle mer funksjonelle tanker. De funksjonelle tankene endret deltakernes forståelse av sykdommen, som dermed førte til at tankemønsteret ble rekonstruert (Marsden et al. 2018). En deltaker fortalte: «[it was valuable] to know the first symptoms of psychological distress and to work on ... how they can be dealt with. I felt that was managed well in the class» (Bernhardsdottir, Champion og Skärsäter 2014, 683).

### **3.3.2 Struktur**

Majoriteten av deltakerne på tvers av artiklene følte seg styrket som følge av en strukturert behandlingsform (Bernhardsdottir, Champion og Skärsäter 2014, Black et al. 2018, Cramer et al. 2011, French et al. 2017, Jansson et al. 2014, Kühne et al. 2018, Marsden et al. 2018, Millett et al. 2018, Newton et al. 2007 & Redhead, Johnstone og Nightingale 2015). Deltakerne beskrev hvordan terapien gjorde dem i stand til å identifisere nåværende tvangspregede handlingsmønstre. For eksempel ved å eksponere seg gradvis for angstprovoserende situasjoner (Marsden et al. 2018). En deltaker fortalte: «I had to perform certain rituals [...] we moved onto actually placing them in hierarchical order [...] the ones that produce less anxiety at the bottom» (Marsden et al. 2018, 255).

Strukturert behandling ga deltakerne et realistisk perspektiv på endring. For å gi en ryddig og strukturert behandlingsform kan ikke alt endres samtidig (Black et al. 2018). Deltakerne innså at trinnvis progresjon var viktig for å oppnå varig endring. Som for eksempel ved å ta for seg ett og ett problemområde (Black et al. 2018 & Kühne et al. 2018). Strukturert behandling hjalp deltakerne til å organisere problemene og gjorde dem i stand til å se ting klarere. Dette ga deltakerne et nytt perspektiv på sine problemer (French et al. 2017).

### **3.4 Utfordringer med terapien**

Alle artiklene viser til at enkelte deltakere opplevde utfordringer i terapien (Bernhardsdottir, Champion og Skärsäter 2014, Black et al. 2018, Cramer et al. 2011, French et al. 2017, Jansson et al. 2014, Kühne et al. 2018, Marsden et al. 2018, Millett et al. 2018, Newton et al. 2007 & Redhead, Johnstone og Nightingale 2015).

#### **3.4.1 Mangel på individualisering**

Den største andelen av deltakerne i samtlige artikler var jevnt over fornøyde med kognitiv terapi som en arena for endring og symptomreduksjon (Bernhardsdottir, Champion og Skärsäter 2014, Black et al. 2018, Cramer et al. 2011, French et al. 2017, Jansson et al. 2014, Kühne et al. 2018, Marsden et al. 2018, Millett et al. 2018, Newton et al. 2007 & Redhead, Johnstone og Nightingale 2015). Flere av deltakerne påpekte likevel en utfordring med at terapien ikke var tilstrekkelig individualisert (Bernhardsdottir, Champion og Skärsäter 2014, Black et al. 2018 & Millett et al. 2018). Dette var gjentakende i både individuell og gruppebasert terapi. Deltakerne hadde et overordnet ønske om å tilfredsstille terapeutene og de andre deltakerne. Terapien hadde en tendens til å «finmale» sannheten om helseutfordringene (Black et al. 2018) En deltaker fortalte følgende:

...people don't always tell the truth, whether they're embarrassed, whether they want to please. It's human nature to want to please... You know so, you're hardly going to turn round and say to [the therapist] in front of ten, nine other people 'That didn't really work for me [therapist]. I only done that cause I wanted to please you (Black et al. 2018, 7).

#### **3.4.2 Tilbakefall**

Flere deltakere opplevde en symptomreduksjon underveis, og at stagningen og/eller tilbakefall kom i etterkant av terapien (Bernhardsdottir, Champion og Skärsäter 2014, French et al. 2017 & Jansson et al. 2014). Flere opplevde engstelse i etterkant av behandlingen, på grunn av de samme faktorene som utløste tilstanden fra starten av. Dette ga en redsel for gjentakende negativ atferd og nedtrykte tanker og følelser (Jansson et al. 2014). Flere deltakere oppga et ønske om en "booster-session" i etterkant av endt terapi (Bernhardsdottir, Champion og Skärsäter 2014, Black et al. 2018 & Marsden et al. 2018). Enkelte deltakere i Black et al. (2018) sin studie hadde utfordringer med å ta i bruk



ferdighetene i etterkant av behandlingen. Dette var et resultat av sammensatte årsaker i deres mentale helse. Situasjonen føltes overveldende, og førte dermed til at deltakerne ikke var villig til å endre tankemønsteret sitt.

## 4.0 Diskusjon

I dette kapitlet vil vi presentere metode- og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen vil vi kritisk vurdere og diskutere det vi mener er våre styrker og svakheter ved litteraturstudien. I resultatdiskusjonen vil vi diskutere litteraturstudiens resultat opp mot litteraturstudiens hensikt.

### 4.1 Metodediskusjon

Manglende erfaring med utarbeiding av søkeord og PICO-skjema kan ha ført til et bredt spekter av treff på litteratursøket. Det er sannsynlig at kvaliteten kunne blitt hevet med veiledning fra bibliotekar. Likevel mener vi at søkeordene og skjemaet vi utarbeidet ga oss tilstrekkelig gode artikler med resultat som besvarte vår hensikt.

Litteratursøkene ble utført i databasene PsycINFO og MEDLINE, da disse er de største innenfor sine felt. Lenge tenkte vi at ved å kun ta utgangspunkt i disse to kan ha ført til at mye god forskning, som var relevant for vår litteraturstudie, kan ha gått tapt i prosessen. For å bekrefte eller avkrefte denne tanken, utførte vi samme søk i databasene Ovid Nursing og Embase. Søket i Ovid Nursing ga ingen relevante treff, mens søket i Embase ga flere relevante treff. Dette underbygger utsagnet om at vi kan ha gått glipp av mye god forskning, som kunne styrket vår oppgave.

Vi kvalitetsvurderte halvparten av artiklene hver og henviste oss til hverandre dersom det var noe usikkerhet i forbindelse med kontrollspørsmålene. Sannsynligvis har vi hatt noe ulik tolkning av spørsmålene da vi har relativt lite erfaring med kvalitetsvurdering av kvalitative studier. Etter nøye utvelgelse og kvalitetsvurdering satt vi igjen med åtte artikler fra det opprinnelige søket i de respektive databasene. Dette var en tidkrevende prosess og i ettertid ser vi at vi kunne satt av mer tid til denne prosessen. I enkelte tilfeller kan tittelen på artikkelen være misvisende i forhold til innholdet. Vi burde derfor tatt oss mer tid til å lese flere sammendrag. Det er sannsynlig at det finnes flere gode artikler vi ikke lyktes med å finne frem til i det opprinnelige søket på grunn av dette. Vi gjorde et tilleggssøk for å finne frem til de resterende artiklene vi trengte. Dette kunne sannsynligvis vært unngått hvis vi hadde gjort slik som nevnt.

Alle våre inkluderte artikler er engelskspråklige. Det må derfor tas høyde for at viktig informasjon kan ha gått tapt i oversettelsesprosessen. For å forsikre oss om at minst mulig informasjon gikk tapt, leste vi gjennom artiklene flere ganger hver og samarbeidet om å forstå innholdet. En av våre inklusjonskriterier var at artiklene ikke skulle være mer enn ti år gamle. Likevel valgte vi å inkludere en artikkel som var noen år eldre, fordi vi mener at artikkelen underbygger funnene i de resterende artiklene.

Det må også tas høyde for at det ikke er likevekt mellom kvinner og menn i denne litteraturstudien. Kvinnene er overrepresentert, på grunnlag av dette kan det være mulig at litteraturstudien ikke er like gjeldende for både kvinner og menn. På den annen side ser vi mange likheter mellom erfaringene til begge kjønn. Vi mener derfor at den skjeve fordeling har hatt lite innvirkning på resultatet. Vi ønsket å se på erfaringene uavhengig av hvilke utfordringer eller eventuelle diagnoser deltakerne hadde. Alle deltakerne hadde ulike forutsetninger og utfordringer, og vil også ha ulike erfaringer med kognitiv terapi. Erfaringene kunne plasseres under flere kategorier, noe som gjorde syntetiseringen av hovedfunn utfordrende. Vi har i tillegg manglende erfaring med analyse av artikler. Til sammen kan dette ha ført til tap av viktig informasjon.

## **4.2 Resultatdiskusjon**

Her vil vi presentere hvordan sykepleiere kan benytte seg av kognitiv tilnærming i arbeid med psykiske helseutfordringer og knytte dette opp mot relevant teori og forskning. Egne erfaringer vil komme til syne i sammenheng med litteraturstudiens resultat.

### **4.2.1 En læringsarena for oppnåelse av mestring**

Hovedmålet med kognitiv terapi er å hjelpe pasienten til selvhjelp, slik at pasienten kan bli sin egen terapeut (Berge og Repål 2010). Sykepleiere bør tilstrebe å tilpasse hjelpen etter behov. Dersom sykepleier inntar en for aktiv hjelperrolle, kan pasienten bli passiv i behandlingen. Likevel kan en overvurdering av pasientens mestringsevne medføre en unødig påkjenning. I samarbeid med pasienten bør det legges til rette for et balansert behandlingsopplegg (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011). Eide og Eide (2007) skriver at det ofte er vanskelig å snakke om det som oppleves tyngst. Det kan gi en følelse av å være svak, av å ikke ha kontroll eller av å ikke mestre. Hvis en person beskriver en historie i en negativ form, kan sykepleier jobbe mot å fremme de positive sidene. Dermed kan pasienten

omvende sin negative historie til en mestringshistorie (Snoek og Engedal 2017). Mange sykepleiere opplever det utfordrende å stå i en situasjon der pasienter gir uttrykk for en vanskelig opplevelse. Det kan være vanskelig å vite hva som er riktig å svare. Ønsket om å hjelpe og trøste kan fort resultere i «enkle» svar. I slike situasjoner kan det være en god idé å lytte uten å gi en verbal respons (Solvoll 2011).

Deltakerne opplevde symptomreduksjon som følge av aktive mestringsstrategier. Problemorientert mestring omfavner ulike typer aktive og direkte strategier for å løse et problem, eller håndtere utfordrende situasjoner. I kraft av problemorienterte strategier forholder pasienten seg aktivt og direkte til den situasjonen det gjelder (Kristoffersen 2011). Deltakerne benyttet seg av problemorientert mestring for å hankses med vanskelige situasjoner. Terapien siktet på å øke deltakernes handlingsmuligheter ved for eksempel å analysere årsakene til problemet, foreta objektiv vurdering av situasjonen og søke informasjon, kunnskap og veiledning innen deltakernes psykiske helseutfordringer. Den subjektive følelsen av å lykkes er helt sentral når det gjelder valg av mestringsstrategi (Kristoffersen 2011).

I praksis opplevde vi at pasienter som har hatt psykiske helseutfordringer over tid, ikke er kjent med ikke-medikamentelle behandlingsmetoder. Det var ofte begrunnet med at pasientene hadde benyttet seg av passiv behandling fra symptomdebut. Å tro på sine egne muligheter til å håndtere utfordringer og oppgaver virker inn på handlekraften og fornemmelsen av kontroll i en situasjon. Dette er en stor del av selvpoppfattelsen til et menneske. Det holder ofte ikke å kun ha troen på at en kan mestre hverdagslige oppgaver når en møter nye og ukjente utfordringer. Det er mye nytt som skal læres og gjøres for å hankses med en ny situasjon. Et eksempel kan være å uventet få en kronisk sykdom (Fagermoen og Lerdal 2011).

En verktøykasse med ulike mestringsstrategier ble introdusert for deltakerne i vår litteraturstudie. Konfrontering var et viktig element for at behandlingen skulle bli vellykket. Konfrontering innebar å jobbe aktivt med områder som utløste symptomer på en planlagt og systematisk måte. Ved å være i de angstskapende situasjonene, kan det over tid bidra til å minske eller fjerne problemene (Berge og Repål 2010). Gjennom eksponering og perspektivendring utviklet deltakerne selvtillit. Andre deltakere brukte avspenningsteknikker som en del av stresshåndtering. Pasientene bør lære seg å legge merke

til tidlige tegn på anspenthet, for så å trene på systematisk avspenning. En vanlig hjemmelektse i kognitiv terapi er at pasienten skriver ned tanker knyttet til et problem (Berge og Repål 2010). Pasientene må bygge en bro over manglende mestring. Dette oppnås best gjennom aktive øvelser (Snoek og Engedal 2017). Mestringsstrategiene gjorde deltakerne i stand til å bli mer bevisste på sine automatiske negative tanker. Automatiske negative tanker kommer av seg selv, som for eksempel selvkritikk og pessimisme ved depresjon, eller katastrofetanker ved angst. Kognitiv terapi retter seg mot å undersøke alternativer til negative automatiske tanker (Berge og Repål 2010).

#### **4.2.2 Den sosiale støtten kraft**

Det er en klar sammenheng mellom sosial støtte fra nettverk, helse og sykdom. Et støttende sosialt nettverk kan styrke helsen ved at en opplever tilhørighet og følelse av verdsettelse. Manglende sosial støtte kan bidra til sykdom fordi en står alene og blir overøst av alle krav i en situasjon (Smebye og Helgesen 2011).

Det er essensielt å begynne oppbyggingen av gjensidig tillit fra første stund. Normalisering ble ansett som et viktig virkemiddel for å oppnå en god relasjon. Undersøkelser viser at komplementære relasjoner kan føre til et positivt utfall i behandlingen (Beck 2011). Vi har valgt å se på erfaringer fra både individuell terapi og gruppeterapi. Våre funn viser at erfaringene på tvers av terapiformene var parallelle. Både individuell terapi og gruppeterapi benytter seg av lik tilnærming, men med ulike metoder og framtoning. I individuell terapi blir forholdet mellom terapeut og pasient en bærende og sterk kraft. På den annen side ser en at forholdet mellom medlemmene i gruppeterapi har tilsvarende kraft (Snoek og Engedal 2017). Dette kan være en medvirkende faktor for reduksjon av ensomhet og isolasjon.

I gruppeterapi opplevde deltakerne et trygt sosialt miljø som ble skapt gjennom å dele egne erfaringer og opplevelser med hverandre. Flere av deltakerne opplevde samhandlingen som en drivkraft til å akseptere seg selv på en mindre patologisk måte. Samhandlingen ble sett på som en fundamental drivkraft for å oppnå symptomreduksjon. Den subjektive følelsen av å føle seg alene forsvant. Snoek og Engedal (2017) påpeker deltakernes bidrag i gruppen som viktig for å skape en følelse av å ikke være alene om sine utfordringer. På den annen side opplevde enkelte deltakere et subjektivt press til å tilfredsstille terapeuten og de andre deltakerne. Sosiale normer er gjensidige forventninger til hvordan mennesker oppfører seg

mot hverandre og har stor betydning for hvordan mennesker oppfører seg i hverdagen. Ønsket om å ikke skille seg ut er iboende i mennesket (Helgesen 2011).

For å oppnå en gjensidig og trygg relasjon bør hjelperollen bære preg av å være varm, empatisk, genuin og kunnskapsrik (Beck 2011). På den annen side foretrekker enkelte pasienter en mer formell terapeut fremfor en varm og empatisk terapeut. Empatiske terapeuter har større fokus på detaljer i pasientens historie og har en likeverdig holdning. Disse holdningene viser at det er rom for å snakke om alle tema. Utfordringen for terapeuter og sykepleiere kan være å ha empati og innlevelse til å forstå hvilken type relasjon den enkelte pasienten drar nytte av, for dermed å skreddersy relasjonen etter behov (Berge et al. 2011). I sykepleien er pasientens mestring, helse og livskvalitet sentrale mål. Hjelpen sykepleieren gir må baseres på innlevelse i og forståelse for pasientens situasjon, i tillegg til fagkunnskaper (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011).

Vi tenker at sykepleiers forståelse av menneskets samspill mellom kropp og sjel, kan være avgjørende for vellykket behandling. Mennesker lever i samspill med sitt miljø. Miljøet består av psykologiske, sosiale og fysiske faktorer. Sykepleier bør ha en tilnærming som ivaretar hele menneskets behov (Kristoffersen og Nortvedt 2011). Det er en tydelig forbindelse mellom kropp og sjel i utvikling av flere helseutfordringer. Eksempelvis kan negative følelser og langvarig stress utsette nesten alle organer i kroppen for belastning. En indre ro styrker kroppens egne reaksjoner for å overleve, mens psykiske helseutfordringer, som depresjon, frykt og konflikter, kan virke nedbrytende på kroppen. Dette er viktig kunnskap i forbindelse med behandling, forebygging og rehabilitering i helsevesenet (Rannestad, Haugan og Espnes 2009).

Sykepleiere får stadig større individuelt ansvar for oppfølging av behandling og rehabilitering av pasienter. Derfor er det ingen grunn til at sykepleiere ikke skal skoleres i tenking og metoder innenfor kognitiv terapi (Hallberg og Ørbeck 2009). Slik vi ser det kan en kognitiv tilnærming benyttes som et supplement til behandling på flere områder i helsetjenester. Med forbehold om at behandler har kompetanse innen terapiformen. Funnene i litteraturstudien kan hjelpe sykepleiere til å bryte selvforsterkende onde sirkler som opprettholder psykiske helseutfordringer. Det er utviklet tilnærminger som er spesielt tilrettelagt for en rekke pasientgrupper med ulike former for psykiske og somatiske helseutfordringer (Norsk forening for kognitiv terapi u.å). Med bakgrunn i denne

kunnskapen er det essensielt at sykepleiere i helsetjenesten er opplyst om behandlingsformen.

### **4.2.3 utfordringer med terapien**

Deltakerne opplevde symptomreduksjon som følge av kognitiv terapi. Vi ser likevel at utfordringer oppstod underveis. Et gjentakende funn i vår studie var pasientenes ønske om en mer individuell tilnærming. Individualisering som prinsipp viser at undervisningen må planlegges ut fra den enkeltes situasjon. Det bør tas hensyn til den enkeltes behov og forutsetning (Kristoffersen 2011). Berge et al. (2011) skriver at effekten av kognitiv terapi kan utebli når behandlingsmetoden er uegnet. En uegnet behandlingsmetode kan innebære at pasient og terapeut har motstridende oppfatninger om behandlingsmålet og midler for å oppnå målet, eller at den emosjonelle relasjonen mellom terapeut og pasient uteblir.

En sykepleier bør forholde seg til at det finnes mange ulike faglige teorier, tilnærminger og metoder. Sykepleien som gis bør begrunnes ut fra hva som anses som gyldig kunnskap innen fagområdet, og hva som anses som fagetisk forsvarlig (Røkenes og Hanssen 2012). Helsepersonelloven §4 (1999) sier at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell (Helsepersonelloven, §4, 1999). Et godt tverrfaglig samarbeid forutsetter stor kompetanse når det gjelder samarbeid, samhandling og kommunikasjon mellom de ulike yrkesgruppene. Dette oppleves som et krevende problemfelt da det kan gå på bekostning av egen yrkesstolthet, egen faglig identitet og forståelse, profesjonstilknytning og fagidentifikasjon. Som en konsekvens av et ønske om helhetlig tilnærming til pasienten, bør kompetansen om det tverrfaglige samarbeidet økes. På denne måten kan hver enkelt sykepleier integrere kompetanse fra flere fagområder enn sitt eget (Karlsson og Borg 2013).

Vår litteraturstudie viser viktigheten av å ha kjennskap til hvilken forståelse den enkelte deltaker har av egen tilstand for å gi adekvat veiledning. I behandling av psykiske helseutfordringer er det derfor hensiktsmessig å arbeide på både indre og ytre plan. Pasienten er ikke en diagnose, og en forståelse av det enkelte mennesket i sin egenartede livssituasjon er det sentrale i psykiatrisk behandling (Snoek og Engedal 2017). Målet med mye av

sykepleiernes pedagogiske virksomhet er å styrke pasientens egne ressurser og tro på seg selv. Mange kaller denne prosessen *empowerment*. Prosessen kan defineres som å gjøre mennesket i stand til å forbedre egen helse og øke kontroll over egen helsetilstand. Empowerment handler om å styrke og mobilisere egne krefter. I et folkehelseperspektiv betyr dette at mennesket blir bevisst på egne utfordringer og finner løsninger i samarbeid med andre (Kristoffersen 2011).

Oppnåelse av empowerment kan føre til at pasientene mest sannsynlig oppnår varige endringer (Forebygging.no u.å). Tilbakefall av symptomer var en sentral utfordring blant deltakerne i vår litteraturstudie. Tilbakefall dukket opp som et resultat av at terapien ikke hadde et klart endepunkt. Deltakerne måtte jobbe aktivt med å rekonstruere tanker, følelser og atferd for å forebygge dette. Dette finner vi støtte for i Beck (2011) sin litteratur. Hun skriver at pasientene må være forberedt på opp- og nedturer i forbindelse med behandlingen. Et viktig element i forståelsen av stemningsleie er at disse svingningene ofte er normale (Beck 2011). Grensen mellom det friske og det syke, det avvikende og det normale, er flytende og foranderlig (Snoek og Engedal 2017). Vi tenker derfor at majoriteten av befolkningen til en viss grad kan kjenne seg igjen i hva mennesker med psykiske helseutfordringer føler på.

Fra praksis i somatikken og psykiatrien har vi erfart at flere pasienter sliter med for eksempel depresjon og angst som en følge av kroniske smerter. Som sykepleierstudenter fokuserte vi på smertene og ga smertestillende for å lindre. Det er et vanskelig og komplekst tema for både pasient og sykepleier. Flere sykepleiere uttrykker at pasienten selv fokuserte på kroppslige smerter. De psykiske helseutfordringene ble ofte oversett. Større grad av somatisering hos pasienten øker sannsynligheten for at den depressive lidelsen ikke blir diagnostisert (Jacobsen og Stiles 2012).



## 5.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvilke erfaringer personer med psykiske helseutfordringer har med kognitiv terapi. Våre funn viser at *faktorer for å oppnå mestring, den sosiale støttens kraft, kognitiv terapi som læringsarena og utfordringer med terapien* var tema som gjenspeilet deltakerne. Deltakerne ønsket å mestre sine psykiske helseutfordringer. Tilegning av nye ferdigheter og regulering av følelser opplevdes viktig for å oppnå mestring og selvkontroll. Gjennom sosial støtte fra terapeut og andre deltakere opplevde deltakerne at deres psykiske helseutfordringer ble normalisert. Kognitiv terapi opplevdes som en læringsarena for tilegning av metoder som økte forståelsen av egen tilstand. De ulike metodene ga deltakerne struktur i håndteringen av helseutfordringene. Deltakerne i vår litteraturstudie opplevde behandlingen som tilfredsstillende, men likevel oppstod det utfordringer både underveis og i etterkant av terapien. Manglende individualisert behandling og forekomst av tilbakefall var gjennomgående for flere deltakere.

Målet med kognitiv terapi er at pasientene skal hjelpes til selvhjelp. På grunnlag av dette bør sykepleier ikke innta en for aktiv hjelperrolle. Det sentrale i sykepleien bør være en individualisert tilnærming, da pasientenes egne erfaringer og ønsker skal være i fokus. I henhold til det økende fokuset på helhetlig sykepleie bør sykepleiere skoles i tenking og metoder innenfor kognitiv terapi. Gjennom empowerment styrkes personenes ressurser slik at de effektivt kan styre livet sitt mot egne behov og mål. Dette kan bidra til å nyttiggjøre en ikke-medikamentell behandlingsmetode på en konstruktiv måte både i psykiatrien og somatikken.

Psykisk helse er et aktuelt tema og har de senere årene fått økende oppmerksomhet. For å gi tilstrekkelig sykepleie er det viktig med kunnskap og forståelse av samspillet mellom kropp og sjel. Personlig opplever vi det utfordrende å vite når det er faglig forsvarlig å ta tak i komplekse og sammensatte helseutfordringer. I flere situasjoner opplever vi det hensiktsmessig å trekke seg tilbake fremfor å ta tak i problemet, eller eventuelt henvise videre. Fra praksis har vi erfart at sykepleiere er flinke til å henvise pasienter til kvalifiserte yrkesgrupper og opplyser om ulike tilbud andre instanser byr på.

Våre funn er basert på kognitiv terapi utført av utdannede behandlere i et kontrollert miljø. Vi ser også verdien av en kognitiv tilnærming i somatiske avdelinger og

kommunehelsetjenesten. Det hadde vært nyttig med forskning om hvordan sykepleiere kan benytte kognitiv terapi som tilleggsbehandling for ivaretagelse av psykososiale behov.

## Referanseliste

- Beck, Judith S. 2011. *Cognitive behavior therapy*. New York: The Guilford Press.
- Berge, Torkil, Arne Repål, Truls Ryum, og Dimitrij Kielland Samoilow. 2011. «Behandlingsalliansen i kognitiv terapi.» I *Håndbok i kognitiv terapi*, redigert av Torkil Berge og Arne Repål, 24-60. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, Torkil og Arne Repål. 2010. *Den indre samtalen - lær deg kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, Torkil og Arne Repål. 2011. «Kort om kognitiv terapi.» I *Håndbok i kognitiv terapi*, redigert av Torkil Berge og Arne Repål, 21-23. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bernhardsdottir, J., J. D. Champion, og I. Skärsäter. 2014. «The experience of participation in a brief cognitive behavioural group therapy for psychologically distressed female university student.» *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21: 679-686. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jpm.12106>.
- Black, Peter, Donncha Hanna, Paul Quinn, og Kevin Dyer. 2018. «Examining the experience of undergoing group Cognitive Behavioural Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: An Interpretative Phenomenological Analysis.» *International Journal of Group Psychotherapy* 68(2): 195-203. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00207284.2017.1403852>.
- Cramer, Helen, Chris Salisbury, Joel Conrad, James Eldred, og Ricardo Araya. 2011. «Group cognitive behavioural therapy for women with depression: a pilot and feasibility study for a randomised controlled trial.» *BMC Psychiatry*. 11(82). <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-11-82>.
- Dalland, Olav. 2017. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Evans, David. 2002. «Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data.» *Australian Journal of Advanced Nursing* 20(2): 22-26.
- Fagermoen, May Solveig og Anners Lerdal. 2011. «Teoretiske modeller for læring og mestring.» I *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*, redigert av Anners Lerdal og May Solveig Fagermoen, 17-37. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Forebygging.no. u.å. «Empowerment.» *Forebygging.no*.  
<http://www.forebygging.no/ordbok/a-e/empowerment/>.
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- French, Lydia R. M., Laura Thomas, John Campbell, Willem Kuyken, Glyn Lewis, Chris Williams, Nicola J. Wiles, og Katrina M. Turner. 2017. «Individuals' Long Term Use of Cognitive Behavioural Skills to Manage their Depression: A Qualitative Study.» *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 45: 46-57.  
<https://www.cambridge.org/core/journals/behavioural-and-cognitive-psychotherapy/article/individuals-long-term-use-of-cognitive-behavioural-skills-to-manage-their-depression-a-qualitative-study/6B25B652FCA3AF314660E38073476794>.
- Hallberg, Mette og Anne Lill Ørbeck. 2009. «Kognitiv terapi gir gode resultater.» *Sykepleien.no*. <https://sykepleien.no/en/node/46316>.
- Helgesen, Leif A. 2011. *Menneskets dimensjoner - Lærebok i psykologi*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Helsebiblioteket. u.å. «Kritisk vurdering.» *Helsebiblioteket.no*.  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>.
- . 2016. «Sjekklistor.» *Helsebiblioteket.no*.  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2019. «Psykisk helse og livskvalitet.» *Regjeringen.no*.  
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/psykisk-helse-og-livskvalitet/id2544452/>.
- Helsepersonelloven. *Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64*.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.
- Jacobsen, Henrik Børsting og Tore Charles Stiles. 2012. «Når somatikk og depresjon opptrer sammen – en utfordring for psykologer.» *Psykologtidsskriftet*.  
[https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2012/01/nar-somatikk-og-depresjon-opptrer-sammen-en-utfordring-psykologer?fbclid=IwAR1segGcR70E\\_Za3gemnevIoACC7CwgimE1GcgFXnPKJ4bHZpsW3AT\\_gwc](https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2012/01/nar-somatikk-og-depresjon-opptrer-sammen-en-utfordring-psykologer?fbclid=IwAR1segGcR70E_Za3gemnevIoACC7CwgimE1GcgFXnPKJ4bHZpsW3AT_gwc)
- Jansson, Inger, Kent-Inge Perseius, Anna Birgitta Gunnarsson, og Anita Björklund. 2014. «Work and everyday activities: Experiences from two interventions addressing

- people with common mental disorders.» *Scandinavian Journal of Occupational therapy* 21(4): 295-304.  
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/11038128.2014.894572>.
- Karlsson, Bengt og Marit Borg. 2013. *Psykisk helsearbeid - humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, Nina Jahren og Finn Nortvedt. 2011. «Relasjonen mellom sykepleier og pasient.» I *Grunnleggende sykepleie – sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*, redigert av Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 83-134. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt, og Eli-Anne Skaug. 2011. «Om sykepleie.» I *Grunnleggende sykepleie - sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*, redigert av Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 15-29. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2011. «Den myndige pasienten.» I *Grunnleggende sykepleie - Pasientfenomener og livsutfordringer*, redigert av Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 337-385. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2011. «Stress og mestring.» I *Grunnleggende sykepleie - Pasientfenomener og livsutfordringer*, redigert av Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 133-196. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. 2008. «Rammeplan for sykepleierutdanning.» *Regjeringen.no*.  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf).
- Kühne, Franziska, Hannah Lesser, Franziska Petri, og Florian Weck. 2018. «Do mental health patients learn what their cognitive-behaviour therapists think they do? A short report on qualitative interviews comparing perspectives.» *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 13(1).  
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17482631.2018.1527598>.
- Marsden, Zoe, Alexander Teahan, Karina Lovell, David Blore, og Jaime Delgado. 2018. «Patients' experiences of cognitive behavioural therapy and eye movement desensitisation and reprocessing as treatments for obsessive-compulsive disorder.» *Counselling and Psychotherapy Research* 18(3): 251-261.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/capr.12159>.
- Millett, Lottie, Billie Lever Taylor, Louise M. Howard, Debra Bick, Nicky Stanly, og Sonia Johnson. 2018. «Experiences of Improving Access to Psychological Therapy

- Services for Perinatal Mental Health Difficulties: a Qualitative Study of Women's and Therapists' Views.» *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 46: 421-436. <https://www.cambridge.org/core/journals/behavioural-and-cognitive-psychotherapy/article/experiences-of-improving-access-to-psychological-therapy-services-for-perinatal-mental-health-difficulties-a-qualitative-study-of-womens-and-therapists-views/EDF553821DFA46205A7B3A7AE9FF933D>.
- Newton, Elizabeth, Michael Larkin, Ruth Melhuish, og Til Wykes. 2007. «More than just a place to talk: Young people's experiences of group psychological therapy as an early intervention for auditory hallucinations.» *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 80: 127-149. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1348/147608306X110148>.
- Norsk forening for kognitiv terapi. u.å. *Kognitiv terapi*. <https://www.kognitiv.no/kognitiv-terapi/>.
- Norsk Helseinformatikk. 2016. «Kognitiv terapi - hjelp til selvhjelp.» *Nhi.no*. [https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/diverse/kognitiv-terapi-hjelp-til-selvhjelp/?page=all&fbclid=IwAR29RDqNLQFuM7wwU-jft8BE6UC1\\_ahMAV2Imoa\\_UmHsx31DsJEYmkYhoMc](https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/diverse/kognitiv-terapi-hjelp-til-selvhjelp/?page=all&fbclid=IwAR29RDqNLQFuM7wwU-jft8BE6UC1_ahMAV2Imoa_UmHsx31DsJEYmkYhoMc).
- Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim, og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert - en arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.
- Rannestad, Toril, Gørill Haugan og Geir-Arild Espnes. 2009. «Hjernen er ikke alene.» *Sykepleien.no*. <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/hjernen-er-ikke-alene>
- Redhead, Susannah, Lucy Johnstone, og Jim Nightingale. 2015. «Clients' experiences of formulation in cognitive behaviour therapy.» *The British Psychological Society* 88: 453-467. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/papt.12054>.
- Røkenes, Odd Harald, og Per-Halvard Hanssen. 2012. *Bære eller bryte - kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Smebye, Kari Lislerud og Ann Karin Helgesen. 2011. «Kontakt med andre.» I *Grunnleggende sykepleie - pasientfenomener og livsutfordringer*, av Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 41-70. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2017. *Psykiatri - for helse- og sosialfagutdanningene*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Solvoll, Betty-Ann. 2011. «Identitet og egenverd.» I *Grunnleggende sykepleie - pasientfenomener og livsutfordringer*, redigert av Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 15-40. Oslo: Gyldendal Akademisk.

**Vedlegg 1: Oversiktstabell søkehistorikk**

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Mental illness.mp. or exp Mental Disorders/ or psychiatric diagnosis.mp. or exp Mental Health/ and exp Cognitive Therapy/ or exp Cognitive Behaviour Therapy/ and experienc*.mp and limit to “2009-current” and limit to “qualitative (maximizes specificity)” and limit to (danish or english or norwegian or swedish”	3/5-20	Psyc-INFO	225	26	14	6
Mental Disorders/ or Mental illness.mp. or psychiatric diagnosis.mp. or Mental Health/ and cognitive therapy.mp. or Cognitive Behavioral Therapy/ and experience*.mp. and limit to “2009-current” and limit to “qualitative (maximizes specificity)” and limit to (danish or english or norwegian or swedish”	3/5-20	MED-LINE	29	12	8	2
Exp Cognitive behavior/ or cbt.mp. and group therapy.mp. or exp Group Psychotherapy/ and limit to “qualitative (maximizes specificity)” and (danish or english or norwegian or swedish”	3/5-20	Psyc-INFO	65	7	5	2



## Vedlegg 2: Skjermbilder søkehistorikk

Ovid® My Account Support & Training Ovid® Search Builder Help Feedback Logoff

Search Journals Books Multimedia My Workspace

▼ Search History (12) View Saved

# ▲ Searches	Results	Type	Actions	Annotations
1 mental illness.mp. or exp Mental Disorders/	86064	Advanced	Display Results More ▾	Contract
2 psychiatric diagnosis.mp.	6279	Advanced	Display Results More ▾	
3 exp Mental Health/	65096	Advanced	Display Results More ▾	
4 1 or 2 or 3	907521	Advanced	Display Results More ▾	
5 exp Cognitive Therapy/	13406	Advanced	Display Results More ▾	
6 exp Cognitive Behavior Therapy/	21177	Advanced	Display Results More ▾	
7 5 or 6	33752	Advanced	Display Results More ▾	
8 experienc*.mp.	692219	Advanced	Display Results More ▾	
9 4 and 7 and 8	3424	Advanced	Display Results More ▾	
10 limit 9 to yr="2009 -Current"	2214	Advanced	Display Results More ▾	
11 limit 10 to "qualitative (maximizes specificity)"	233	Advanced	Display Results More ▾	
12 limit 11 to (danish or english or norwegian or swedish)	225	Advanced	Display Results More ▾	

Save Remove Combine with: AND OR

Save All Edit Create RSS View Saved

Basic Search | Find Citation | Search Tools | Search Fields | **Advanced Search** | Multi-Field Search

1 Resource selected | Hide | Change  
 APA Psycinfo 1808 to April Week 4 2020

Ovid® My Account Support & Training Ovid® Search Builder Help Feedback Logoff

Search Journals Books Multimedia My Workspace

▼ Search History (10) View Saved

# ▲ Searches	Results	Type	Actions	Annotations
1 Mental Disorders/ or mental illness.mp.	170327	Advanced	Display Results More ▾	Contract
2 psychiatric diagnosis.mp.	4411	Advanced	Display Results More ▾	
3 Mental Health/	37303	Advanced	Display Results More ▾	
4 1 or 2 or 3	202668	Advanced	Display Results More ▾	
5 cognitive therapy.mp. or Cognitive Behavioral Therapy/	25643	Advanced	Display Results More ▾	
6 experienc*.mp.	942497	Advanced	Display Results More ▾	
7 4 and 5 and 6	209	Advanced	Display Results More ▾	
8 limit 7 to yr="2009 -Current"	151	Advanced	Display Results More ▾	
9 limit 8 to "qualitative (maximizes specificity)"	30	Advanced	Display Results More ▾	
10 limit 9 to (danish or english or norwegian or swedish)	29	Advanced	Display Results More ▾	

Save Remove Combine with: AND OR

Save All Edit Create RSS View Saved

Basic Search | Find Citation | Search Tools | Search Fields | **Advanced Search** | Multi-Field Search

1 Resource selected | Hide | Change  
 Ovid MEDLINE(R) 1946 to April Week 4 2020

Ovid® My Account Support & Training Ovid® Search Builder Help Feedback Logoff

Search Journals Books Multimedia My Workspace

▼ Search History (4) View Saved

# ▲ Searches	Results	Type	Actions	Annotations
1 exp Cognitive Behavior Therapy/ or cbt.mp.	25345	Advanced	Display Results More ▾	
2 group therapy.mp. or exp Group Psychotherapy/	27313	Advanced	Display Results More ▾	
3 1 and 2	1615	Advanced	Display Results More ▾	
4 limit 3 to ("qualitative (maximizes specificity)" and (danish or english or norwegian or swedish))	65	Advanced	Display Results More ▾	

Save Remove Combine with: AND OR

Save All Edit Create RSS View Saved

Basic Search | Find Citation | Search Tools | Search Fields | **Advanced Search** | Multi-Field Search

1 Resource selected | Hide | Change  
 APA Psycinfo 1808 to April Week 4 2020

**Vedlegg 3: Oversiktstabell inkluderte artikler**

<b>Forfattere År Land Tidsskrift</b>	<b>Tittel</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Metode/ instrument</b>	<b>Deltakere/ fracfall</b>	<b>Hovedfunn</b>	<b>Etisk vurdering</b>	<b>Kvalitets- vurdering</b>
Bernhardsdottir, J.; Champion, J. D.; Skärsäter, I. 2014. Island. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.	The experience of participation in a brief cognitive behavioural group therapy for psychologically distressed female university student	Hensikten med denne studien var å belyse deltakernes opplevelser av kognitiv terapi i form av gruppeterapi, for kvinnelige studenter med psykisk stress og engstelse.	Kvalitativ studie.  Semistrukturerte intervju.	19 deltakere.	Fire hovedtema ble belyst: -Utvikle kunnskap og forståelse -Oppnå balanse og utvikle positive tanker -Økt selvtillit og kontroll -Muligheter for praktiske og dyptgående refleksjoner	Tillatelse til å gjennomføre denne studien ble gitt av The National Bioethics Committee og rektoren ved universitet.	Nivå 1.  Høy kvalitet.
Black, Peter; Hanna, Donncha; Quinn, Paul; Dyer, Kevin. 2018. Nord-Irland. International Journal of Group Psychotherapy	Examining the experience of undergoing group Cognitive Behavioural Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: An Interpretative Phenomenological Analysis	Hensikten med denne studien var å utforske erfaringene til fem individer diagnostisert med OCD som har gjennomgått kognitiv terapi.	Kvalitativ studie.  Semistrukturerte intervju.	5 deltakere, 4 fullførte.	I løpet av studien ble det identifisert to hovedtema som var relevante for erfaringene til pasientene. På tvers av hovedtemaene ble det også identifisert flere underkategorier som var viktig for en suksessfull terapeutisk gruppe.	Artikkelen viser ikke til noen vurdering fra en etisk komité, men alle deltakere er anonymisert og alt er gjort for at forskningsportalen ikke krenker noens rettigheter.	Nivå 1.  Høy Kvalitet.

<p>Cramer, Helen; Salisbury, Chris; Conrad, Joel; Eldred, James; Araya, Ricardo. 2011. Storbritannia. BMC Psychiatry.</p>	<p>Group cognitive behavioural therapy for women with depression: a pilot and feasibility study for a randomised controlled trial using mixed methods</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke gjennomførbarheten og aksept av en RCT-studie av gruppeterapi basert på CBT-prinsipper for kvinner med depresjon.</p>	<p>Denne studien brukte både kvalitative og kvantitative metoder, vi har kun benyttet oss av den kvalitative metoden.</p> <p>Det ble gjennomført intervju.</p>	<p>86 deltakere</p>	<p>Kostnadseffektiviteten av CBT-gruppeterapi burde undersøkes nøyere i en full studie. Tilbakemeldingene fra deltakerne var positive og de rapporterte at de forsto mesteparten av materialet som ble presentert. Intervensjonen kan være effektiv for kvinner med depresjon.</p>	<p>Etisk godkjenning ble gitt av Frenchay Research Committee.</p>	<p>Nivå 1. Høy kvalitet.</p>
<p>French, Lydia R. M.; Thomas, Laura; Campbell, John; Kuyken, Willem; Lewis, Glyn; Williams, Chris; Wiles, Nicola J.; Turner, Katrina M. 2017. Storbritannia. Behavioural and Cognitive Psychotherapy</p>	<p>Individuals' Long Term Use of Cognitive Behavioural Skills to Manage their Depression: A Qualitative Study</p>	<p>Undersøke om personer som har deltatt i minst 12 økter med CBT fortsatt brukte og verdsatte ferdighetene de hadde lært under terapi 4 år tidligere for å håndtere depresjon.</p>	<p>Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervju.</p>	<p>20 deltakere</p>	<p>Analyse av intervjuet viste at pasientene som så på CBT som en læringssituasjon, brukte teknikkene de hadde lært for å håndtere depresjonen, mens pasientene som så på behandlingen som en måte å få snakket om følelsene sine på, i ettertid slet med å håndtere depresjonen.</p>	<p>Forfatterne hevder at alle prosedyrer følger med etiske standarder for Helsinki Declaration for 1975 og dens siste utgave.</p>	<p>Nivå 1. Høy kvalitet.</p>

Jansson, Inger; Perseius, Kent-Inge; Gunnarsson, Anna Birgitta; Björklund, Anita. 2014. Sverige. Scandinavian Journal of Occupational therapy	Work and everyday activities: Experiences from two interventions addressing people with common mental disorders	Denne studien tar sikte på å forklare hvordan enkeltpersoner opplever kognitiv terapi som intervensjon, samt innvirkningen den hadde på enkeltpersoners ferdigheter til å jobbe samt utøvelse av hverdagslige aktiviteter.	Kvalitativ studie. Individuelle intervju.	16 deltakere.	Refleksjon rundt atferd samt begrensede strategier var nyttig i terapien. Resultatet støttet aktiv mestringsutvikling fremfor passiv behandling. Noen deltakere beholdte de strategiene de ble tillært over tid, mens andre trengte støtte etter avsluttet intervensjon.	Studien ble utført i samsvar med de etiske kravene fra Regional etisk gjennomgang snemnd i Linköping, Sverige.	Nivå 1. Høy kvalitet.
Kühne, Franziska; Lesser, Hannah; Petri, Franziska; Weck, Florian. 2018. Tyskland. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being	Do mental health patients learn what their cognitive-behaviour therapists think they do? A short report on qualitative interviews comparing perspectives	Undersøke hva pasientene lærte i løpet av perioden med kognitiv terapi.	Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervju.	Totalt 18 deltakere, hvor 9 av de er terapeuter med bakgrunn i kognitiv atferds-terapi.	Pasientene og terapeutene verdsatte kognitiv terapi som en mulighet til å lære nye ferdigheter, som er en viktig forutsetning for endring. Det blir diskutert generelle begrensninger, men også teoretiske og terapeutiske implikasjoner.	Etisk godkjenning av studien ble gitt av universitetet. Studien påpeker at forskningen ikke påvirker pasientenes nåværende behandling.	Nivå 1. Høy kvalitet.

<p>Marsden, Zoe; Teahan, Alexander; Lovell, Karina; Blore, David; Delgadillo, Jaime. 2018. Storbritannia. Counselling and Psychotherapy Research</p>	<p>Patients' experiences of cognitive behavioural therapy and eye movement desensitisation and reprocessing as treatments for obsessive-compulsive disorder</p>	<p>Hvilke erfaringer OCD-pasienter har med kognitiv terapi.</p>	<p>Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervju.</p>	<p>10 deltakere.</p>	<p>Aksept: Med et godt samarbeid med terapeut følte deltakerne seg akseptert. Dette resulterte i at tilstanden ble normalisert og destruktive tanker forsvant gradvis. Tilfredsstillelse: De var fornøyde og følte terapien var nyttig og effektiv. Reprogrammering av hjernen: Reprogrammerte hjernen med prosedyrer som var tilpasset deres tilstand. De ga god respons på hjemmeoppgaver, og ønsket en «follow-up-session» i etterkant av behandlingen.</p>	<p>Denne studien ble godkjent av NHS research ethics committee.</p>	<p>Nivå 1. Høy kvalitet.</p>
--	---	---	--	----------------------	--	---	----------------------------------

Millett, Lottie; Taylor, Billie Lever; Howard, Louise M.; Bick, Debra; Stanly, Nicky; Johnson, Sonia. 2018. Storbritannia. Behavioral and Cognitive Psychotherapy	Experiences of Improving Access to Psychological Therapy Services for Perinatal Mental Health Difficulties: a Qualitative Study of Women's and Therapists' Views	Utforske deltakernes opplevelser av kognitiv terapi ved svangerskapsdepresjon.	Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervju.	12 deltakere.	Jevnt over rapporterte brukerne at de var fornøyde med terapien, selv om enkelte hentyder at terapien ikke er tilstrekkelig individualisert. Det er blitt antydnet at det kan oppnås bedre resultater ved å skreddersy terapien til hver enkelt kvinne.	NHS sin etiske godkjenning ble overholdt og alle deltakere ga sitt samtykke.	Nivå 1.
Newton, Elizabeth; Larkin, Michael; Melhuish, Ruth; Wykes, Til. 2007. Storbritannia. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice	More than just a place to talk: Young people's experiences of group psychological therapy as an early intervention for auditory hallucinations.	Hensikten med denne studien var å utforske opplevelser fra en ung gruppe med hørselhallusinasjoner med gruppebasert kognitiv terapi.	Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervju.	8 deltakere.	Det blir belyst to hovedtema: - Erfaringer fra gruppeterapi. - En syklisk sammenheng mellom fire sentrale faktorer: innholdet i de hallusinerte stemmene, deltakernes forklaring på og reaksjoner på disse stemme og dermed deres evne til å takle dem.	Artikkelen viser ikke til noen vurdering fra en etisk komité, men alle deltakere er anonymisert og alt er gjort for at forskningsportalen ikke krenker noens rettigheter.	Nivå 1. Høy kvalitet.

<p>Readhed, Susannah; Johnstone, Lucy; Nightingale, Jim. 2015. Storbritannia. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice</p>	<p>Clients' experiences of formulation in cognitive behaviour therapy</p>	<p>Hensikten med denne studien var å utforske deltakernes opplevelser av formulering i kognitiv terapi for depresjon og angst.</p>	<p>Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervju.</p>	<p>10 deltakere.</p>	<p>Det ble identifisert tre hovedtema:  - Formulering leder til å føle seg forstått.  - Formulering fører til et emosjonelt skifte.  - Formulering muliggjør å komme seg videre</p>	<p>Denne studien fikk forsknings-etisk godkjenning fra en local NHS forskningsetisk komité.</p>	<p>Nivå 1. Høy kvalitet.</p>
---	---	--	--	----------------------	---	---	------------------------------

## Vedlegg 4: Eksempel på utfylt sjekkliste for kvalitative studier

(Bernhardsdottir, Champion og Skårsäter 2014)

### Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

#### Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

#### Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

### (A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?  JA  UKLART  NEI

**Tips:**

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Hensikten med denne studien var å belyse deltakernes opplevelser av kognitiv atferdsterapi i form av gruppeterapi, for kvinnelige studenter med psykisk stress og engstelse.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?  JA  UKLART  NEI

**Tips:** Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Studiens hensikt var å belyse pasientene sine erfaringer, derfor er kvalitativ metode hensiktsmessig.

### Skal du fortsette vurderingen?

**Tips:**

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.



### 3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

JA  UKLART  NEI

Videre beskrevet i de neste punktene.

#### Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

JA  UKLART  NEI

**Tips:** Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

19 av kvinnene som deltok i den første fasen av forskningsprosjektet ble kvalifisert til å delta i denne tredje fasen av studien på grunnlag av at de hadde scoret på forhøyede nivåer av psykisk stress og engstelse.

Kvinnene hadde en alder på 22-45 år og representerer 8 av 11 fakulteter ved det respektive universitet.

### 5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

JA  UKLART  NEI

Det ble gjennomført semistrukturerte intervju 2 til 4 uker etter at gruppeterapien var fullført. Intervjuene ble basert på en intervjuguide. Intervjuene ble senere tematisk analysert.

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

### 6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

JA  UKLART  NEI

#### Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

## 7. Er etiske forhold vurdert?

JA  UKLART  NEI

### Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Tillatelse til å gjennomføre denne studien ble gitt av The National Bioethics Committee og rektoren ved universitet.

## 8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

JA  UKLART  NEI

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Data er tematisk analysert og godt beskrevet. Intervjuene ble tatt opp, hørt gjennom og transkribert flere ganger for å få en helt sikker forståelse av deltagernes erfaringer. Videre ble dataen analysert og delt opp i forskjellige hovedkategorier. Til slutt ble likheter og forskjeller diskutert mellom alle forfatterne. Dette er presentert i en egen tabell.

## Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

JA  UKLART  NEI

## (B) Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

JA  UKLART  NEI

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnernes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Det ble identifisert fire hovedfunn, og disse er godt beskrevet videre i artikkelen.

1. Oppnå kunnskap og forståelse.
2. Bli mer balansert og positiv i tankegangen.
3. Føle seg mer selvsikker og i kontroll.
4. Muligheter for øvelse og dype refleksjoner.

Hovedfunnet i denne studien var at kvinnene fant gruppetarpien akseptabel og gunstig, noe som samsvarer med andre lignende studiers resultat, blant annet Cramer et al. 2011, som vi også har inkludert i vår litteraturstudie.

## (C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Forfatterne beskriver at denne undersøkelsen må utføres på andre grupper av kvinnelige studenter ved andre universiteter for å se om funnene er sammenlignbare og om intervensjonen er akseptabel for andre grupper med kvinnelige studenter. Det er anbefalt at terapien som er evaluert i denne studien blir gjennomført i andre universitetssettinger og med andre studenter, av begge kjønn. Programmet kan også modifiseres for undergrupper av kvinnelige studenter, for eksempel single studenter eller studenter som er foreldre.