

Tale Andersson 10158  
Sunniva Berg 10176

# "Hvilken betydning har kognitiv terapi for pasienter med bipolar lidelse, og hvordan kan sykepleier benytte seg av kognitiv terapi for å bedre livskvaliteten hos denne pasientgruppa?"

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie  
Veileder: Ingunn Ulvestad  
Mai 2022



Tale Andersson 10158

Sunniva Berg 10176

**"Hvilken betydning har kognitiv terapi for pasienter med bipolar lidelse, og hvordan kan sykepleier benytte seg av kognitiv terapi for å bedre livskvaliteten hos denne pasientgruppa?"**

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie

Veileder: Ingunn Ulvestad

Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Norwegian University of  
Science and Technology



## Sammendrag

<b>Tittel:</b>	«Hvilken betydning har kognitiv terapi for pasienter med bipolar lidelse, og hvordan kan sykepleier benytte seg av kognitiv terapi for å bedre livskvaliteten til denne pasientgruppa?»	<b>Dato:</b> 20.05.22
<b>Forfattere:</b>	Tale Andersson Sunniva Berg	
<b>Veileder:</b>	Ingunn Ulvestad	
<b>Stikkord / nøkkelord:</b>	Bipolar lidelse, livskvalitet og kognitiv terapi.	
<b>Antall sider / ord:</b> 44 sider / 10 975 ord		<b>Antall vedlegg:</b> 0
<b>Introduksjon:</b>	<p>Bipolar lidelse er en av de alvorligste psykiske lidelsene, og regnes som en livsløpslidelse. Lidelsen kjennetegnes ved svingninger i stemningsleie, ved episoder med mani/hypomani og depresjon. Disse episodene kan påvirke daglig funksjon som kan føre til redusert funksjonsnivå og dårligere livskvalitet.</p>	
<b>Hensikt:</b>	<p>Undersøke betydningen av kognitiv terapi for pasienter med bipolar lidelse i depressiv fase. Deretter undersøke om sykepleier som terapeut kan bidra til økt livskvalitet hos denne pasientgruppen ved å anvende kognitiv terapi i behandlingen. Hensikten er å undersøke om kognitiv terapi kan gi økt livskvalitet hos pasienter med bipolar lidelse.</p>	
<b>Metode:</b>	<p>Oppgaven er en litteraturstudie hvor det benyttes fem artikler, fire kvantitative og en uten oppgitt metode. Databasene som ble brukt er Medline (Ovid), CINAHL complete og PsycInfo (Ovid). Det ble benyttet systematisk søk etter vitenskapelige artikler i mars 2022.</p> <p><u>Søkeord:</u> Quality of life, bipolar disorder, cognitive behavioral therapy, cognitive behavior therapy og cognitive therapy.</p>	
<b>Resultat:</b>	<p>Funn fra artiklene viser at depressive tendenser assosieres med dårligere livskvalitet. Studiene ga ikke et tydelig svar på om kognitiv terapi kan forbedre livskvaliteten hos pasienter med bipolar lidelse. Likevel viser studiene til at kognitiv terapi kan føre til reduksjon av depressive symptomer, som igjen kan bidra til bedre livskvalitet. Studiene henviser til at dette området bør forskes videre på.</p>	
<b>Konklusjon:</b>	<p>Litteraturstudien viser til at det er lite forskning på betydning av kognitiv terapi for pasienter med bipolar lidelse. Videre vises det til at sykepleier kan være en terapeut som benytter seg av kognitiv terapi i behandlingen. Kognitiv terapi kan ha betydning for å redusere depressive symptomer, som kan bidra til økt livskvalitet for pasienter med bipolar lidelse.</p>	

## Abstract

<b>Title:</b>	«What is the significance of cognitive therapy for patients with bipolar disorder, and how can nurses use cognitive therapy to improve the quality of life for this group of patients?»	<b>Date :</b> 20.05.22
<b>Authors:</b>	Tale Andersson Sunniva Berg	
<b>Supervisor:</b>	Ingunn Ulvestad	
<b>Keywords:</b>	Bipolar disorder, quality of life, cognitive behavior therapy, cognitive behavioral therapy and cognitive therapy.	
<b>Number of pages / words:</b>	44 pages / 10 975 words	<b>Number of appendix:</b> 0
<b>Introduction:</b>	<p>Bipolar disorder is one of the most severe mental illnesses, and is considered to be a lifelong condition. The illness is characterized by mood swings, with episodes of mania/hypomania and depression. These episodes can influence the patients daily function and lead to lower quality of life.</p>	
<b>Purpose:</b>	<p>To examine the significance of cognitive therapy for patients with bipolar disorder in a depressive episode. Then examine if a nurse as a therapist can improve the quality of life for this group of patients, by using cognitive therapy in the treatment. The purpose is to examine if cognitive therapy can lead to higher quality of life for patients with bipolar disorder.</p>	
<b>Method:</b>	<p>This assignment is a literature review which involves five articles, four quantitative and one without stated method. The databases which have been used are Medline (Ovid), CINAHL complete and PsycInfo (Ovid). Our systematic search for articles was performed in March 2022.</p>	
<b>Keywords:</b>	Quality of life, bipolar disorder, cognitive behavioral therapy, cognitive behavior therapy and cognitive therapy.	
<b>Results:</b>	<p>Findings from the articles shows that depressive tendencies are associated with lower quality of life. The studies did not give a clear answer if cognitive therapy can increase the quality of life for patients with bipolar disorder. The studies do nevertheless show that cognitive therapy can lead to reduction of depressive symptoms, which can lead to a higher quality of life. The studies do refer to that this is a field which acquire more research.</p>	
<b>Conclusion:</b>	<p>Our literature review shows that this is a field with limited research. There is also limited research of nurses' role in the treatment with cognitive therapy. Cognitive therapy can have a significance to reduce the depressive symptoms, which can lead to higher quality of life for patients with bipolar disorder.</p>	

## **Innholdsfortegnelse**

Sammendrag .....	1
Abstract .....	2
1.0 Innledning.....	4
1.1 Tema og problemstilling .....	4
1.2 Sykepleierens rolle.....	4
2.0 Bakgrunn .....	6
2.1 Bipolar lidelse .....	6
2.2 Kognitiv terapi .....	7
2.2.1 Mindfulness .....	8
2.3 Livskvalitet .....	8
2.4 Mellommenneskelige relasjoner og kommunikasjon .....	9
3.0 Metode.....	10
3.1 Litteraturstudie som metode .....	10
3.2 Søkeprosessen .....	10
3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	11
3.2.2. Søkestrategi .....	11
3.3 Analyse av artiklene.....	15
3.4 Kvalitetsvurdering.....	16
3.4.1 Etisk godkjenning .....	16
4.0 Resultat.....	17
4.1 Presentasjon av resultat.....	17
4.2 Sammenfattende resultat .....	20
4.2.1 Livskvalitet .....	21
4.2.2 Betydning av kognitiv terapi og mindfulness.....	22
4.2.3 Sykepleierens rolle .....	24
5.0 Drøfting .....	26
5.1 Hva er betydningen av livskvalitet ved psykisk sykdom? .....	26
5.2 Hvilken betydning har kognitiv terapi og mindfulness for livskvalitet hos pasienter med bipolar lidelse? .....	28
5.3 Hvordan kan sykepleierens rolle benyttes i kognitiv terapi? .....	30
5.4 Innovasjon i fag- og tjenesteutvikling.....	34
6.0 Kritisk vurdering av artikler og litteratur .....	36
7.0 Konklusjon .....	37
8.0 Litteraturliste .....	39

## 1.0 Innledning

Denne oppgaven tar for seg sykepleie ved bipolar lidelse. Dette for å belyse viktigheten av psykisk helse innenfor sykepleieryrket. Gjennom erfaring via både jobb og praksis har vi møtt flere pasienter i ulike faser i livet med forskjellige psykiske lidelser. Det anslås at omtrent 1-4% av Norges befolkning har bipolar lidelse (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). Siden vi begge har kjennskap til lidelsen, ses det derfor som et relevant og interessant tema å fordype seg i. Det er stor sannsynlighet for å møte mennesker med bipolar lidelse, for eksempel gjennom nære relasjoner og kollegaer, eller gjennom arbeid i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

### 1.1 Tema og problemstilling

Tema for denne bacheloroppgaven er hvordan sykepleier kan danne relasjoner gjennom kognitiv terapi, og være med på å bidra til bedring og mestring hos pasienter med bipolar lidelse. Med valgt tema som utgangspunkt, vil problemstillingen være: *“Hvilken betydning har kognitiv terapi for pasienter med bipolar lidelse, og hvordan kan sykepleier benytte seg av kognitiv terapi for å bedre livskvaliteten hos denne pasientgruppa?”*. Grunnet erfaring i praksis, samt søkeresultater og fagstoff vil oppgaven avgrenses. Oppgaven vil omhandle pasienter mellom 18-65 år som har bipolar lidelse og som får behandling i døgnavdelinger underlagt spesialisthelsetjenesten. Denne oppgaven tar ikke for seg pasienter innlagt på tvang. Sykepleietiltakene vil omhandle områder innenfor kognitiv terapi. Dette er behandlingsalternativer sykepleier kan tilby, spesielt innen døgnavdelinger. Ettersom sykepleierollen viser seg mest sentral i døgnavdelinger, vil oppgavens fokus omhandle hvilken betydning disse sykepleietiltakene kan ha på livskvaliteten til denne pasientgruppen.

### 1.2 Sykepleierens rolle

Sykepleiefokuset skal gå som en rød tråd gjennom bacheloroppgaven. Forsvarlig praksis er et begrep som går igjen både i lovverket, men også i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie. Med forsvarlig helsehjelp menes det at hjelpen skal være omsorgsfull og ytes innenfor faglige normer (Sneltvedt, 2012; Lunde, 2012). Helsepersonell skal utøve forsvarlig helsehjelp jfr. hpl. § 4 (Helsepersonelloven, 1999). Alle borgere i Norge har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, jfr. pbrl. § 2-1b. I spesialisthelsetjenesten omhandler psykisk helsevern undersøkelser og behandling av psykiske lidelser, samt omsorgen og pleien som



hører med jfr. phvl. § 1-2 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Psykisk helsevernloven, 1999).

## 2.0 Bakgrunn

### 2.1 Bipolar lidelse

Bipolar lidelse regnes som en av de alvorligste psykiske lidelsene og beregnes som en livsløpslidelse. Navnet bipolar lidelse har sitt opphav fra betegnelsen to poler; lavt og hevet stemningsleie (Skjelstad, 2021). Lidelsen kjennetegnes med ulike perioder med endringer i stemningsleie. Mani omhandler perioder med ekstremt hevet stemningsleie, hvor pasientene opplever en strøm av kreativitet, ideer og arbeidslyst. Under den maniske episoden kan pasientene både sove og spise mindre, da de ikke har tid eller makter å kjenne på dette behovet. Hypomani er en mildere grad av mani, som vanligvis ikke påvirker daglig funksjon (Eknes, 2006; Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). Det er stor variasjon i alvorlighetsgraden, og lidelsen kan kategoriseres inn i ulike typer. Bipolar lidelse type I og II er de mest kjente undertypene (Retterstøl og Iner, 2008). Bipolar lidelse type I kjennetegnes ved perioder med mani og depresjon, mens bipolar lidelse type II kjennetegnes ved perioder med hypomani og depresjon. Det er viktig å bemerke at de som har type II aldri får en fullt utviklet mani, men at de med type I kan oppleve hypomanier i tillegg. Mellom disse episodene opplever pasientene episoder med nokså vanlig stemningsleie (Skjelstad, 2021). Normalt stemningsleie, også kalt eutymi, er tilstanden mellom episodene med endret stemningsleie. Remisjon regnes som friske perioder, hvor pasienten ikke har hatt forstyrret stemningsleie over noen måneder (Helsedirektoratet, 2012; Skjelstad, 2021). Oppgaven vil med dette ta for seg sykepleie ved bipolar lidelse og den depressive episoden.

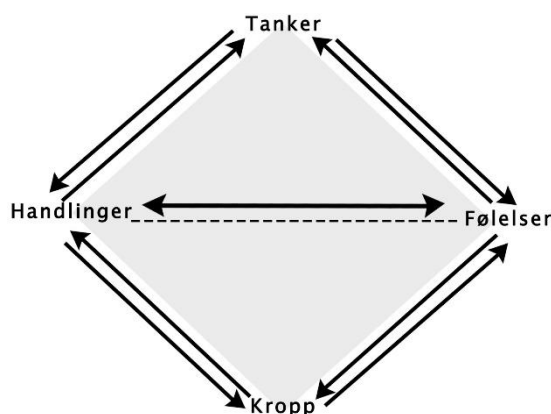
Den depressive episoden innebærer lavt stemningsleie som rammer pasientens tanke- og følelsesliv (Eknes, 2006). Depresjonen kan være veldig alvorlig og pasientene kan ha vansker med å se noen former for lyspunkter. Denne tilstanden er svært plagsom for pasienten, og kan føre med seg både angst og agitert melankoli, altså stor rastløshet. Den depressive episoden varer som regel lenger enn den maniske eller hypomaniske episoden (Retterstøl og Iner, 2008). Kognitiv terapi kan være til god hjelp for pasienter i den depressive episoden. Dette fordi behandlingsformen tar utgangspunkt i pasientens følelser og fortolkning av ulike hendelser (Eknes, 2006).

## 2.2 Kognitiv terapi

Kognitiv terapi kalles også atferdsterapi. Det omhandler å få innsikt i sammenhengen mellom tenkning, handlinger og følelser. Hensikten med kognitiv terapi er å få kunnskap om hvilke tanker som fremmer mestring eller endring, og hvilke tanker som hemmer forbedring. Tanker kan påvirkes, dermed bør det øves på å bli oppmerksomme på hva man tenker (Berge og Repål, 2021). Kognitiv terapi er en tidsavgrenset terapiform. Ved lette og moderate depresjoner er kognitiv terapi anbefalt, og kan være viktig som forebyggende terapi for pasienter med bipolar lidelse. Gjennom å hjelpe pasienter med å takle livets utfordringer, kan man unngå utløsende faktorer som kan føre til nye episoder (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). Målet er å undersøke hvordan problemene oppstår i pasientens hverdag. Pasientens opplevelser er i sentrum, det er derfor viktig med en felles forståelse av hvilke mål og tiltak man jobber mot (Berge og Repål, 2021). Samarbeid mellom terapeut og pasient er essensielt i kognitiv terapi, hvor målet er at pasienten skal bli egen terapeut, altså hjelp til selvhjelp. I tillegg utforsker man pasientens ressurser og interesser, for å sammen finne ut hvordan pasienten kan mestre egne utfordringer (Berge og Repål, 2021). Sykepleier på døgnavdelinger er en viktig ressurs og kan være terapeuten som samarbeider med pasienten. I løpet av de siste årene har kognitiv terapi videreutviklet seg. Meditasjonsbaserte øvelser, altså mindfulness, har blitt supplert for at pasientene kan øve på å være til stede her og nå (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018).

Berge og Repål (2021) nevner to nyttige hjelpemidler til å utforske negative tanker som kan bidra til psykiske plager, den *kognitive diamant* (figur 1) og *ABCD-modellen* (tabell 1). Den kognitive diamant kan bidra til å få frem sammenheng om hvordan man tenker, hva man føler, og hva som skjer fysiologisk i kroppen i gitte handlinger. Gjennom systematisk arbeid kan man endre negative tankemønstre (Berge og Repål, 2021).

Med dette som utgangspunkt kan man benytte følgende modell:



**Figur 1:**  
Den kognitive diamant

**Tabell 1:** ABCD-modellen

A: Hva er situasjonen?	B: Hvilke tanker dukker opp?	C: Hvilke følelser dukker opp, og hvordan reagerer kroppen?	D: Finnes det en annen måte å forstå situasjonen på?
------------------------	------------------------------	---	--

### 2.2.1 Mindfulness

Mindfulness er et aktuelt område innenfor kognitiv terapi som omhandler å være oppmerksom på egne sanser, tanker og følelser. Det beskrives som oppmerksomt nærvær. Målet er å ha en større omsorg og innlevelse av egne sinnstilstander ved å akseptere oppmerksomheten mot egne sanser, tanker, følelser og pust (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). Ved oppmerksomt nærvær trenes det på å observere uten å reagere. Man øver på å være tilstede her og nå, uten å bekymre seg for hva som kan skje eller vil skje. Ved å øve på, og dermed utvikle ferdigheter av akseptering og bruk av oppmerksomt nærvær, kan det bidra til at pasienten blir mindre sårbar over egen psykisk smerte (Kennair, 2008; Øverland, 2008).

### 2.3 Livskvalitet

I Folkehelsemeldinga beskrives det at folkehelsearbeidet skal bidra til å fremme livskvalitet. Faktorer som god sosial tilhørighet og deltakelse i samfunnet blir særlig fremhevet. Mens ensomhet kan redusere livskvaliteten og gi økt risiko for psykiske lidelser (Meld. St. 19 (2018-2019)). I Rustøen (2016, s. 85) forklarer Siri Næss at livskvalitet handler om «å ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv». Begrepene glede, engasjement og kjærlighet trekkes fram som særs relevante. Fravær av vonde følelser og vonde vurderinger er også gjeldende. Livskvalitet bør knyttes opp til hvert individs opplevelser, og er derfor et individuelt fenomen (Rustøen, 2016). Bang *et al.* (2021) deler begrepet inn i subjektiv og objektiv livskvalitet. Det subjektive tar for seg hvordan livet oppfattes for den enkelte hvor vurdering av livet, økonomi, samliv og fungering i hverdagen er sentrale faktorer. Mens det objektive tar for seg selve livssituasjonen med viktige faktorer som trygghet, frihet, helse og sosial tilhørighet. Man kan ha en opplevelse av god livskvalitet på tross av faktorer som sykdom eller psykiske lidelser (Bang *et al.*, 2021). Herunder fokuseres det på subjektiv livskvalitet, i henhold til oppgavens problemstilling.

## 2.4 Mellommenneskelige relasjoner og kommunikasjon

Joyce Travelbee (2001) definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess, som omhandler mennesker indirekte eller direkte. Sykepleier arbeider helsefremmende ved å hjelpe enkeltindivider og deres familier til håndtering av sykdom (Travelbee, 2001, s. 29). Sykepleier kan også bidra med psykoedukasjon, altså informere og undervise om sykdommen (Skjelstad, 2021, s. 311). For at sykepleieutøvelsen skal være god, er det viktig med god kommunikasjon. Kommunikasjonen bør være personorientert, slik at man ser hele personen med dens ressurser og muligheter, ikke bare en pasient. God profesjonell kommunikasjon har et helsefremmende formål, hvor hensikten er å motivere, samt stimulere til at pasienten kan utnytte egne ressurser for å bidra til forbedring av egen helse. I tillegg må man lytte aktivt, observere og tolke kommunikasjonen både verbalt og nonverbalt (Eide og Eide, 2017). Det som kjennetegner den profesjonelle sykepleier er å bruke seg selv terapeutisk. Å bruke seg selv terapeutisk innebærer å benytte egen kunnskap og personlighet for å påvirke forbedring hos pasienten. Det inkluderer også å ha en dyp innsikt i det å være menneske og tolke andres atferd (Travelbee, 2001). Terapeutisk kommunikasjon innebærer at samtalen skal ha et behandlingsmål. Det krever derfor at sykepleier er bevisst på hvordan man kan støtte og etablere kontakt med pasienter med sykdom, for eksempel en stemningslidelse (Hansen, 2011). Det er viktig å anerkjenne at sykdom oppleves ulikt for hvert individ. Phil Barker er en psykiatrisk sykepleier som er kjent for hans fokus på omsorg, medfølelse og forståelse i psykisk helsevern. Han praktiserte og studerte kognitiv terapi i den hensikt å veilede sykepleiere innenfor psykiatri. Barker beskriver sykepleie som en forpliktelse til å yte omsorg for den andre. Undring om hva det vil si å være menneske, hva lidelse og ubehag innebærer, og betydningen av bedring og rehabilitering var viktige fokusområder i hans sykepleiepraksis (Brookes, 2011). Sykepleier kan møte på utfordringer når det kommer til å motivere pasienter med lite motivasjon og mestringsstro. For å bidra til mestringsfølelse og styrke pasienters mestringssevne, kan motiverende kommunikasjon bidra til å gi mestring (Eide og Eide, 2017).

### **3.0 Metode**

Metode beskrives som «den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling» (Thidemann, 2019, s. 76).

Metodekapittelet vil ta for seg prosessen som har blitt brukt for å finne relevante artikler, samt en gjennomgang av hva en litteraturstudie innebærer.

#### **3.1 Litteraturstudie som metode**

En litteraturstudie bygger på materiale hentet fra forskning, herunder artikler, bøker og andre skriftlige kilder. Ved bruk av litteraturstudie inkluderes det et systematisk søk etter informasjon. Metoden innebærer å innhente kunnskap ved å analysere eksisterende forskning (Dalland, 2020). Aveyard (2019) beskriver at litteraturstudiet er generelt mer hensiktsfullt i helse- og omsorgssektoren ettersom metoden innebærer at en studie kan analyseres i kontekst av andre studier. Med dette menes det at litteraturstudie åpner opp for å se likheter og ulikheter fra forskjellige studier innenfor et fagfelt (Aveyard, 2019). Denne oppgaven baserer seg på fem forskningsartikler. Fire av artiklene benytter kvantitativ metode, hvor to av dem bruker randomisert kontrollert undersøkelse. Den ene artikkelen nevner ikke metode, men ble likevel inkludert siden den var relevant til problemstillingen, hadde IMRAD-struktur og var fagfellevurdert. En randomisert kontrollert studie, også forkortet til RCT, regnes som den mest pålitelige måten å vurdere effekten av ulike tiltak ettersom risikoen for skjevhet i et utvalg reduseres (Thidemann, 2019). Årsaken til at det benyttes artikler med kvantitativ metode i denne oppgaven, er fordi metoden gir målbare data hvor man kan finne gjennomsnitt eller prosentandel. Mens kvalitativ metode utforsker meninger og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2020).

#### **3.2 Søkeprosessen**

Under søkeprosessen ble det benyttet både inklusjons- og eksklusjonskriterier for å finne relevante artikler. Ved å bruke et PIO-skjema ble søkene konkretisert med et tydelig fokus. Det ble valgt PIO-skjema istedenfor PICO-skjema, da problemstillingen ikke sammenligner ulike tiltak (Thidemann, 2019). Problemstillingen til oppgaven åpner likevel for flere perspektiver. Det var derfor ønskelig å inkludere artikler med både pasient- og sykepleieperspektiv. Grunnet lite sykepleieperspektiv i artiklene som ble funnet ut ifra de gitte søkeordene, ble derfor hovedperspektivet på pasientens opplevelse. Også behandlingsmetoder

og fokus på lidelsen i seg selv så seg aktuelt. Søkeordene tar for seg kognitiv terapi, bipolar lidelse og livskvalitet. Det ble brukt kritisk avgrensning for å finne artikler med relevans for oppgaven.

**Tabell 2:** PIO-skjema (Thidemann, 2019, s. 86-87)

<b>P = problem</b>	<b>I = innblanding</b>	<b>O = utfall</b>
Bipolar lidelse Depressiv fase	Kognitiv terapi Mindfulness	Bedret livskvalitet Lære å leve med sykdommen

### 3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier: For å få tilgang til artikler som tar for seg gitt tema, ble artikler som omhandlet bipolar lidelse, kognitiv terapi og mindfulness inkludert. Et viktig kriterium var at pasientene var i en depressiv- eller stabil fase og ikke i en manisk fase. Dette for å støtte oppunder oppgavens problemstilling. Et annet essensielt kriterium var å sjekke at artiklene var godkjent av en etisk komite.

Eksklusjonskriterier: For å finne aktuelle artikler innenfor oppgavens kriterier ble artiklene som ikke var fagfellevurdert ekskludert. Fagfellevurdering innebærer at artikkelene er vurdert av upartiske eksperter innenfor fagfeltet. Også artikler som manglet IMRAD-struktur ble ekskludert. Dette fordi vitenskapelige artikler følger som regel IMRAD-struktur (Utdanningsforskning, 2016; Thidemann, 2019). Videre ble artikler som var eldre enn 5 år ekskludert, da oppgaven baseres på nyere forskning. Også artikler som var skrevet på andre språk enn engelsk, norsk, dansk eller svensk ble ekskludert for å redusere risiko for feiltolkninger.

### 3.2.2. Søkestrategi

Databasene som ble brukt var CINAHL complete, Medline (Ovid) og PsycInfo (Ovid). Alle tre databasene viste ulike resultater selv med like søkeord. Det ble valgt like søkeord i alle databasene for å finne relevans til problemstillingen i de ulike artiklene. For å organisere artiklene ble det brukt en tabell med oversikt over søkehistorikken, inspirert av Thidemann (2019, s. 89).

**Tabell 3: Søkeskjema**

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
<b>Medline (Ovid)</b>	31.03.2022	S1	Quality of life		236 510	
		S2	Bipolar disorder		43 386	
		S3	Cognitive behavioral therapy		33 598	
		S4	Cognitive behavior therapy		2840	
		S5	Cognitive therapy		3509	
		S6	S3 OR S4 OR S5		34 845	
		S7	S1 AND S2 AND S6		33	
		S8	S1 AND S2 AND S6	Past 5 years	14	3 (A og B, C)
<b>CINAHL complete</b>						
	30.03.2022	S1	Quality of life		137 678	
		S2	Bipolar disorder		13 097	
		S3	Cognitive behavioral therapy		15 060	
		S4	Cognitive behavior therapy		12 413	
		S5	Cognitive therapy		26 919	
		S6	S3 OR S4 OR S5		29 720	
		S7	S1 AND S2 AND S6		11	
		S8	S1 AND S2 AND S6	2017-2022	4	1 (D)



<b>PsycInfo (Ovid)</b>						
	30.03.2022	S1	Quality of life		47 863	
		S2	Bipolar disorder		32 735	
		S3	Cognitive therapy		13 790	
		S4	Cognitive behavior therapy		24 547	
		S5	Cognitive behavioral therapy		18 711	
		S6	S3 OR S4 OR S5		42 254	
		S7	S1 AND S2 AND S6		12	
		S8	S1 AND S2 AND S6	Past 5 years	4	1 (E)

**Tabell 4:** Inkluderte artikler

**Inkluderte artikler:**

**A:** Henken, H.T., *et al.* (2020). A cognitive behavioural group therapy for bipolar disorder using daily mood monitoring. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, volum 48(5), s. 515-529. doi: <https://doi.org/10.1017/S1352465820000259>

**B:** Murray, G., *et al.* (2021). Mindfulness-based online intervention to improve quality of life in late-stage bipolar disorder: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, volum 89(10), 830–844. doi: <https://doi.org/10.1037/ccp0000684>

**C:** Smith, L.M., *et al.* (2020) Self-efficacy in bipolar disorder: Development and validation of a self-report scale, *Journal of Affective Disorders*, volum 262(1), s. 108-117. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.026>

**D:** Carruthers, S.P., *et al.* (2021) Mindfulness, mood symptom tendencies and quality of life in bipolar disorder: An examination of the mediating influence of emotion regulation difficulties, *Journal of Affective Disorders*, volum 298(Pt A), s. 166-172. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.107>

**E:** Gomes, B.C., *et al.* (2019) Cognitive behavioral rehabilitation for bipolar disorder patients: A randomized controlled trial, *Bipolar disorders*, volum 21(7), s. 621-633. doi: <https://doi.org/10.1111/bdi.12784>

### 3.3 Analyse av artiklene

For å finne relevante artikler til gjeldende problemstilling ble metoden skanning benyttet. Skanning av en tekst regnes som en god metode når man leter etter et spesifikt tema eller informasjon (Thidemann, 2019, s. 30). Dette gjorde prosessen med å finne artikler enklere. De fem artiklene som er funnet tar for seg behandlingsalternativer innen kognitiv terapi, for eksempel mindfulness, ved bipolar lidelse. Artiklene tar også for seg deltakernes opplevelse av livskvalitet, før og etter intervensjonen. Samtlige av artiklene viser også ulike skjemaer pasientene kan fylle ut for å følge med på symptomer og egen helse. Artiklene som ble valgt benytter kvantitativ metode. Ingen av artiklene i søketreffet hadde både kvalitativ metode og samtidig fulgte IMRAD-struktur. Med dette som utgangspunkt gir artiklene relevans for problemstillingen, da det undersøkes om kognitiv terapi kan gi økt livskvalitet hos pasienter med bipolar lidelse. Sykepleierens rolle og nærmere forklaring på funnene i artiklene beskrives i resultatkapittelet.

Proessen med å analysere artiklene startet med å finne tre hovedtemaer som belyses eller som har relevans for sykepleie. Temaene livskvalitet, sykepleierens rolle og betydning av kognitiv terapi samt mindfulness analyseres. Selv om søkestrategien begrenset sykepleierens rolle i artiklene, velges dette som et sentralt tema til drøftingen siden oppgaven omhandler sykepleie. Den store utfordringen med å analysere kvantitativ forskning er å tolke og beskrive funnene, slik at datainnsamlingen blir mest mulig forståelig. Ved å trinnvis systematisere datainnsamling, blir det lettere å identifisere og se etter likheter og ulikheter (Forsberg og Wengström, 2015; Thidemann, 2019). Deretter setter man sammen de ulike delene som er undersøkt til en helhet og analyserer ut ifra hver artikkels argument (Forsberg og Wengström, 2015). Aveyard (2019) viser også til en forenklet metode av analysearbeidet. Metoden inneholder ulike trinn som skal gjøre det lettere å summere litteraturen opp mot hverandre. Trinnene tar for seg sammenligning og granskning av temaene, samt hvordan man håndterer temaer i artiklene som ikke stemmer overens (Aveyard, 2019). Dette gjenspeiles også i Thidemann (2019) hvor denne analysemetoden forklares på norsk som gir mindre rom for feiltolkninger.

### **3.4 Kvalitetsvurdering**

Som nevnt tidligere, har artiklene IMRAD-struktur og er fagfellevurdert. For å finne ut om artiklene var fagfellevurdert, ble de søkt opp i Oria, en tjeneste for digitale søk. Alle artiklene var merket som fagfellevurdert og utgitt i et tidsskrift. Dette indikerer at artiklene er kvalitetssikret av upartiske eksperter innenfor helsefag (Utdanningsforskning, 2016).

Oppgaven tar for seg forskningsartikler som innebærer kvantitativ metode, da det danner et større perspektiv på pasientopplevelser. Med målbare data kan man finne hensiktsmessige resultater, som kan bidra til å gi et godt grunnlag for den aktuelle problemstillingen. Ved bruk av kvantitativ forskning innen helsefag, kan man rette søkelyset mot tiltak eller behandlingsmetoder som kan være mer fordelaktig for pasienten (Forsberg og Wengström, 2015). Dette kan igjen knyttes sammen til sykepleierens rolle. For å vurdere kvaliteten ytterligere ble det brukt en artikkelmatrise (Thidemann, 2019, s. 89-90). Artikkelmatrisen som innføres i resultatkapittelet, er et hjelpemiddel for å notere relevant informasjon fra hver artikkel.

#### **3.4.1 Etisk godkjenning**

Artikler som er etisk godkjente kan gi en indikasjon på kvalitet, da artiklene har blitt godkjent av en kvalitetssikker etisk komite. En av artiklene som er valgt til denne oppgaven er godkjent fra Helsinkideklarasjonen. Dette er en deklarasjon som ble iverksatt etter andre verdenskrig for å forhindre uetisk forskning (Slettebø, 2012). De fem aktuelle artiklene er godkjent av etiske komiteer som er gjeldende i de landene forfatterne kommer fra. Når en artikkel er etisk godkjent betyr det at de etiske prinsippene anonymitet, frivillighet og informert samtykke er ivaretatt (Thidemann, 2019, s. 12). Å velge etisk godkjente artikler var et viktig inklusjonskriterie, da etikk i sykepleiefaget er et viktig område. Sykepleier skal jobbe etter de yrkesetiske retningslinjene, noe som gjenspeiles i denne oppgaven. De yrkesetiske retningslinjene skal ivareta viktige verdier innenfor sykepleie, og belyse hvordan god praksis bør utøves (Sneltvedt, 2012).

## 4.0 Resultat

Resultatkapittelet tar for seg presentasjon og sammenfatning av artiklene som er valgt til oppgaven. Artiklene er presentert i en artikkelmatrise (tabell 5) for å sortere funnene og relevant informasjon på en oversiktlig måte. Artiklene analyseres i 3.3 og sammenfattes i 4.2. Artiklene omtaler kognitiv terapi noe ulikt, enten CBR eller CBT. Herunder forkortes kognitiv terapi til CBT i artikkelmatrisen, men omtales som kognitiv terapi i resten av oppgaven.

### 4.1 Presentasjon av resultat

Tabell 5: Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt og mål	Metode Deltakere	Resultat Etisk vurdering	Relevans for oppgavens problemstilling
A) Henken, H.T., <i>et al.</i> (2020). A cognitive behavioural group therapy for bipolar disorder using daily mood monitoring. <i>Behavioural and Cognitive Psychotherapy</i> , volum 48(5), s. 515-529. doi: <a href="https://doi.org/10.1017/S1352465820000259">https://doi.org/10.1017/S1352465820000259</a>	Vurdere effekten av gruppebasert kognitiv atferdsterapi (CBT) for pasienter med bipolar lidelse. Forskerne ønsker å undersøke om CBT kan være en effektiv behandling som tar for seg endring i stemningsleie før det utvikler seg til (hypo)mani eller depressiv episode	Kvantitativ metode med 24 deltakere i en poliklinikk. Alder over 18 år, flesteparten er kvinner med bipolar lidelse type 1. De benyttet seg av strukturerte skjemaer hvor deltakerne skulle vurdere stemningsleie. Både før, under og etter gruppebasert CBT. Ny vurdering etter 2 og 12 måneder etter endt behandling.	Resultatene indikerte at variasjon i stemningsleie avtok under terapien. Endring fra depressive tilstander til et mer normalt stemningsleie. Kunne fremdeles se forbedring i stemningsleie etter 2 og 12 måneders oppfølging. Resultatene er foreløpige, grunnet liten prøvestørrelse. Etisk godkjent av Medical	Undersøke om pasienter med bipolar lidelse har effekt av gruppebasert kognitiv terapi. Artikkelen viser til forbedret stemningsleie hos noen av deltakere.

			Research Ethics Comitees United.	
<p><b>B) Murray, G., et al. (2021).</b> Mindfulness-based online intervention to improve quality of life in late-stage bipolar disorder: A randomized clinical trial. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>, volum 89(10), 830–844. doi: <a href="https://doi.org/10.1037/ccp0000684">https://doi.org/10.1037/ccp0000684</a></p>	<p>Hensikten var å undersøke om pasienter med bipolar lidelse, kan få bedre livskvalitet med mindfulness basert intervensjon digitalt.</p>	<p>Kvantitativ metode, randomisert undersøkelse med 302 deltakere. Alder mellom 18-65 år. Pasienter med bipolar lidelse type 1 og 2 ble inkludert. Har hatt ti eller flere episoder, men ikke en nåværende episode. Fire internettbaserte moduler som gikk over fem uker.</p>	<p>Resultatene ga ikke et overlegent utfall på at digitalt mindfulness-basert intervensjon ga forbedring i livskvalitet. Men intervensjonen verdsatt av mange og ga fordeler i livskvalitet hos en del individer. Etisk godkjent av Swinburne University of Technology Human Research Ethics Committee.</p>	<p>Viser til at oppfølging av mindfulness-basert terapi kan fremstå like bra, som fysisk oppmøte. Noen opplevde ikke like god effekt. Det kan likevel være et tiltak for videre oppfølging i tillegg til vanlig behandling (herunder medisinsk oppfølging og samtale), eller som erstatning dersom pasientene ikke kan delta på fysisk møte.</p>
<p><b>C) Smith, L.M., et al. (2020)</b> Self-efficacy in bipolar disorder: Development and validation of a self-report scale, <i>Journal of Affective Disorders</i>, volum 262(1), s.</p>	<p>Målet er å vurdere en skala (BPSES) som er spesielt utviklet for å vurdere mestringstro i håndtering av bipolar lidelse. Forskerne skal finne ut om</p>	<p>Kvantitativ metode med 303 deltakere. Skalaen ble vurdert samtidig som pasientene fikk medisinsk oppfølging. 149 deltakere fikk kognitiv terapi enten individuelt</p>	<p>Skalaen viser troverdighet og positiv effekt. Høy score gir assosiasjon til bedre livskvalitet, bedre tilpasning til arbeids- og sosiallivet og</p>	<p>Artikkelen tar for seg viktigheten av mestringstro i håndtering av bipolar lidelse. Viser sammenhengen mellom kognitiv terapi og bruk av et enkelt</p>

<p>108-117. doi:  <a href="https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.026">https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.026</a></p>	<p>skalaen er lett anvendelig, fanger opp viktige aspekter ved mestring av bipolar lidelse og om den er følsom for endringer hos pasientene under behandling.</p>	<p>eller i gruppe samtidig. De fleste i studien var kvinner, med bipolar lidelse type 1.</p> <p>Gjennomsnittsalder på 38 år.</p>	<p>mindre depressive symptomer. Lav score gir assosiasjon til det motsatte. Etisk godkjent av the Health Service's Human Research Ethics Committee.</p>	<p>skjema, for å fange opp symptomer og måle livskvalitet.</p>
<p><b>D)</b> Carruthers, S.P., <i>et al.</i> (2021) Mindfulness, mood symptom tendencies and quality of life in bipolar disorder: An examination of the mediating influence of emotion regulation difficulties, <i>Journal of Affective Disorders</i>, volum 298(Pt A), s. 166-172. doi:  <a href="https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.107">https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.107</a></p>	<p>Målet er å undersøke hvordan oppmerksomhetsevnen hos pasienter med bipolar lidelse påvirker depressive og maniske tendenser og dens effekt på følelsesreguleringsvansker.</p>	<p>28 friske (i remisjon) og 66 kliniske stabile pasienter med bipolar lidelse deltok i studien. Studien nevner ikke metode. Gjennomsnittsalder på 36 år.</p>	<p>Funn fra studien tyder på at lavere oppmerksomhetsevne assosieres med depressive tendenser og dårligere livskvalitet, som kan påvirke mestringsstroen. Mindfulness kan hjelpe med å øke mestringsstroen for pasienter med bipolar lidelse. Etisk godkjent etter standard fra Local Human Ethics Review Board og fra the Declaration of Helsinki.</p>	<p>Viser at mindfulness kan bidra til mestringsstro for denne pasientgruppen, som igjen kan føre til bedre livskvalitet og mindre depressive tendenser.</p>

<p>E) Gomes, B.C., <i>et al.</i> (2019) Cognitive behavioral rehabilitation for bipolar disorder patients: A randomized controlled trial, <i>Bipolar disorders</i>, volum 21(7), s. 621-633. doi: <a href="https://doi.org/10.1111/bdi.12784">https://doi.org/10.1111/bdi.12784</a></p>	<p>Målet er å evaluere effektiviteten av en ny intervensjon som er utviklet for å oppdage kognitiv og funksjonell svekkelse hos pasienter med bipolar lidelse.</p>	<p>Randomisert kontrollstudie (kvantitativ) med 39 deltakere som ble inkludert. De ble fordelt i to grupper: samtale- og medisinsk-behandling (TAU) eller kognitiv gruppeterapi (CBT). Alder: 18-55 år. Inklusjonskriterium: IQ over 80. 12 ukers gruppe-intervensjon fordelt på 12 møter.</p>	<p>CBT-gruppen opplevde bedring i visuelt minne og følelses-gjenkjenning, i forhold til TAU-gruppen. Ingen markant endring i livskvalitet hos noen av gruppene. Funnene tyder på at dette er en ny behandlings-metode det bør forskes videre på, for å vurdere effekten på livskvalitet. Etisk godkjent av lokal etisk komite.</p>	<p>Artikkelen er relevant fordi den forsker på effekten av gruppebasert kognitiv terapi, og hvordan det kan påvirke livskvaliteten. Selv om resultatene ikke antydte markant bedring, fant de likevel ut at disse pasientene opplevde bedring i følelses-gjenkjenning, noe pasienter med bipolar lidelse ofte har vansker med.</p>
---	--	--	--	--

#### 4.2 Sammenfattende resultat

Dette kapittelet tar for seg en sammenstilling av tre essensielle temaer i forhold til oppgavens problemstilling. Livskvalitet, sykepleierens rolle og betydning av kognitiv terapi ses på som viktige temaer. De fem valgte artiklene belyser temaene i større eller mindre grad. Som nevnt i metodekapittelet, tar ikke artiklene for seg sykepleierens rolle. Likevel ses det en sammenheng mellom artiklenes funn og sykepleie. Dette blir nærmere beskrevet i 4.2.2.



#### 4.2.1 Livskvalitet

Alle de fem artiklene inkluderer livskvalitet eller assosiasjon til begrepet. Målet med flere av artiklene viser seg å være hvordan mestring av sykdom, gjerne via kognitiv terapi, kan bidra til opprettholdelse eller forbedring av livskvalitet. Subjektiv livskvalitet blir nevnt i samtlige artikler.

Studien av Henken *et al.* (2020) undersøker om gruppebasert kognitiv terapi og humørovervåking kan føre til bedre livskvalitet. Resultatet gir ikke et tydelig svar på denne hypotesen, men den viser til en klar forbedring fra depressive tendenser til mer eutymisk tendens etter 60 dager med kognitiv gruppeterapi. Under *Table 2* i artikkelen vises det en svak økning i livskvalitet, utført via testen WHOQOL-BREF Perception quality of life (Henken *et al.*, 2020, s. 523). Det antydes at reduksjon av depressive symptomer kan føre til bedre livskvalitet.

I Murray *et al.* (2021) sin studie introduseres en digital intervensjon for pasienter med bipolar lidelse i et sent stadium. Over 87% av deltakerne i studien anbefaler intervensjonen til andre med bipolar lidelse, men de fleste kunne fortelle at de burde brukt verktøyet hyppigere. Studien beskriver at deltakerne syntes intervensjonen var enkel å bruke og opplevdes som trygg. Noen av deltakerne uttrykte at intervensjonen ga dem tips til gode måter å håndtere egen sykdom på. Videre beskrives det at flere studier antyder at det er vanskelig å forbedre livskvaliteten hos pasienter med kroniske sykdommer (Murray *et al.*, 2021). Det kan derfor tenkes at også dette bør forskes videre på.

Smith *et al.* (2020) tar for seg sammenhengen mellom mestringstro og livskvalitet ved bipolar lidelse. Forfatterne beskriver at mennesker med bipolar lidelse ofte har vansker med å tro på seg selv, og som en konsekvens kan dette gi utfordringer med hverdagslige gjøremål. Studien undersøker om en ny skala kan øke mestringstroen, og på denne måten bidra til økt livskvalitet. Skalaen viser seg å gi troverdige mål på pasientenes mestringstro (Smith *et al.*, 2020). Denne intervensjonen kan være nyttig i forhold til å måle pasientenes mestringstro, og på denne måten kan pasientene jobbe strukturert med å forbedre eller opprettholde livskvaliteten.

Carruthers *et al.* (2021) introduserer en hypotese om at pasienter med bipolar lidelse har dårligere evne til mindfulness enn friske mennesker. Studiens resultat viser at hypotesen

stemmer da denne pasientgruppens kan ha vansker med å kontrollere samt tolke egne og andres følelser. Funn fra studien tyder på at bedre evne til mindfulness kan gi bedre effekt av behandlingen. Høyere grad av evne til mindfulness kan bidra til økt mestringstro og bedre livskvalitet (Carruthers *et al.*, 2021).

I Gomes *et al.* (2019) sin studie beskrives det at de med bipolar lidelse ofte assosieres med dårlig livskvalitet, selv i perioder i remisjon. Resultater fra artikkelen viser ikke tegn til forbedring av livskvalitet, noe som kan handle om for liten gruppe å analysere og for få terapitimer. Det kan derfor tenkes at intervensjonen har vært for kort og med for få deltakere. Gomes *et al.* (2019) forklarer at dette er et tema det bør forskes videre på i en større gruppe med flere kognitiv terapi-timer.

#### **4.2.2 Betydning av kognitiv terapi og mindfulness**

Artiklene viser forskjellige resultater ved betydning av kognitiv terapi, eventuelt supplert med mindfulness, hos pasienter med bipolar lidelse. Noen av artiklene viser til god effekt, mens andre viser minimal effekt. De fleste artiklene tar for seg kognitiv terapi som tilleggshandling ved vanlig behandling (TAU), som ser seg gjeldende til oppgavens problemstilling.

Studien til Henken *et al.* (2020) hadde som mål å forbedre pasienters evne til å mestre egen sykdom ved kognitiv terapi. Det antydes at kognitiv terapi kan være effektivt for å redusere depressive symptomer. Henken *et al.* (2020) hadde som mål å estimere effekten av kognitiv terapi som tilleggshandling for pasienter i eutymisk- eller mild depressiv fase. Under behandling oppdaget de at svingninger i stemningsleie ble forbedret. I tillegg hadde pasientene en generell økning i psykososial funksjon, og forbedring av selvrapportert psykisk helse. Resultatene i studien tydet på at kognitiv terapi kunne være effektivt for å redusere intensiteten og variasjonen i humøret. Dette er ofte karakteristisk for pasienter med bipolar lidelse. Studien tilsier at kognitiv terapi kan være en gunstig behandling. Både for å redusere depressive symptomer, samt forbedre psykisk helse under behandlingen og ved ett-års oppfølging (Henken *et al.*, 2020).

I studien til Murray *et al.* (2021) undersøkte de om digital intervensjon kunne forbedre behandlingen hos pasienter med bipolar lidelse i sent stadium. Noen av deltakerne fikk

kognitiv terapi i tillegg. Tiltakene som ble benyttet var av kort varighet og hadde lav intensitet. De oppdaget at digital intervensjon var utilstrekkelig alene for atferdsendring. Det kan fungere som et ekstra tiltak ved å inkludere fysisk oppmøte og digital intervensjon. Til gjengjeld oppdaget de at digital intervensjon for pasienter med bipolar lidelse viste seg å være trygt, gjennomførbart og oppmuntret til videre arbeid. I tillegg nevner de at tiltaket burde være mer målrettet mot hvert individ, for å redusere symptomer (Murray *et al.*, 2021).

Smith *et al.* (2020) beskriver at mange pasienter med bipolar lidelse har manglende selvtillit til å håndtere deres lidelse, noe som indikerer lav mestringstro. De utarbeidet dermed en skala hvor pasientene skulle svare på spørsmål tilknyttet til egen mestringstro. Halvparten av pasientene mottok kognitiv terapi i tillegg. Smith *et al.* (2020) mener at skalaen kan være et viktig verktøy for å forstå hvordan pasientene mestrer sin lidelse. Studien oppdaget at skalaen er følsom for endringer i stemningsleie under kognitiv terapi, hvor mestringstroen kan påvirkes.

Ved bruk av mindfulness beskriver Carruthers *et al.* (2021) at pasienter med bipolar lidelse som har lavere disposisjon til mindfulness, kan oppleve økt depressive tanker og vansker med å regulere følelser. Hos noen kan mindfulness gi større tiltro til følelsesregulering og klarhet rundt egne følelser. Mindfulness kan bidra til å fremme emosjonell anerkjennelse, ved å legge til rette for følelse av selvkontroll og kompetanse av egne følelser. For mange pasienter med bipolar lidelse kan troen på at følelser ikke reguleres effektivt, påvirke deres mindfulness. I følge Carruthers *et al.* (2021) kan redusert oppmerksomhetsevne bidra til økt depressive tendenser.

I studien til Gomes *et al.* (2019) ble kognitiv terapi brukt som tilleggsbehandling for pasienter med bipolar lidelse. Gjennom 12 behandlingstimer delt i tre moduler, hadde de ulike fokusområder. De bestod av (1) forsøk på å forbedre oppmerksomheten og minnet, (2) sosial kognisjon og kommunikasjon, og (3) strategier for problemløsning og forebygging av tilbakefall. De hevdet at ved bruk av kognitiv terapi som tilleggsbehandling til TAU, ville pasientene ha lenger periode i remisjon. Etter 12-måneders oppfølging estimerte de at 30% av pasientene med TAU ikke ville fått en ny episode, mens pasientene som både fikk TAU og kognitiv terapi, kunne gi 55% sjans for å ikke få en ny episode. Pasienter som gjennomførte kognitiv terapi som tilleggsbehandling, hadde høyere forbedring i deres kognitive prestasjoner. Spesielt ved gjenkjenner av følelser (Gomes *et al.*, 2019).

### 4.2.3 Sykepleierens rolle

Som nevnt i inklusjons- og eksklusjonskriteriene, ble det valgt å ikke bruke begreper innenfor sykepleie i søkestrategien. Likevel viser alle artiklene sammenheng til sykepleie, da flere av intervensjonene kan utføres av eller samarbeides med sykepleier.

I studien til Henken *et al.* (2020) undersøkte de effekten av kognitiv terapi, samt daglig registrering av humøret hos pasienter med bipolar lidelse. Intervensjonen bestod av 10 ukentlige økter på to timer i en poliklinikk. Før og etter behandlingen skulle pasientene svare på et validert spørreskjema og registrere humøret daglig. Intervensjonen ble utført av enten psykolog eller sykepleier som gjerne hadde fordypet seg i bipolar lidelse.

Murray *et al.* (2021) veiledet og coachet pasienter i sin studie gjennom en digital intervensjon. Her viser det til at helsepersonell har en sentral rolle, og sykepleiere med erfaring eller videreutdanning innenfor bipolar lidelse, kunne vært inkludert i denne intervensjonen. Veiledningen gikk over en 5-ukers intervensjon. Kurset bestod av videoer, lyd, tekst og øvelser, som var tilpasset pasienter med bipolar lidelse. Den siste uken hadde deltakerne mulighet til å styrke ferdighetsutviklingen sammen med sin online-coach. Coachene bestod av psykologistudenter (Murray *et al.*, 2021).

Studien til Smith *et al.* (2020) beskriver at pasienter med dårlig selvbilde og lite tro på egne evner til mestring av sykdom, har dårligere forutsetninger for å håndtere sykdom enn de med god mestringstro. Et viktig fundament innen sykepleie er å bidra til at pasienter opplever mestring i hverdagen, som nevnt i 2.4, og er relevant i forhold til denne studien. Studien ble utført av en gruppe eksperter innenfor stemningslidelser. Deltakerne ble nøye kontrollert i forhold til søvnrytme, medisiner og varseltegn på en begynnende episode. Omtrent halvparten av deltakerne deltok i kognitiv terapi, enten i gruppe eller individuelt. Resultatet viste at intervensjonen var troverdig og lett anvendelig (Smith *et al.*, 2020). Det kan derfor tenkes at dette er et nyttig verktøy innen kartlegging.

Carruthers *et al.* (2021) beskriver at mindfulness har vist å gi god effekt ved depressive episoder hos pasienter med bipolar lidelse. Formålet med studien var å undersøke sammenhengen mellom oppmerksomhetsevnen og dens påvirkning av vansker med følelsesregulering, samt begynnende episoder. Det tenkes at sykepleier kan ha en viktig rolle innenfor dette, da observasjon er et sykepleietiltak. Sykepleier kan i tillegg iverksette tiltak

innenfor mindfulness for å kartlegge og veilede, og på denne måten kunne bidra til økt livskvalitet. Resultatet viste at dårligere evne til mindfulness kan assosieres med dårligere livskvalitet (Carruthers *et al.*, 2021).

Gomes *et al.* (2019) utviklet et nytt behandlingsalternativ som både inkluderer kognitiv terapi for bipolar lidelse, men også kognitive oppgaver. De kognitive oppgavene går ut på ansiktsgjenkjenning, delt oppmerksomhet og verbalt- og arbeidsminne. Denne studien viser til at sykepleier kan ha en sentral rolle innenfor kognitiv behandling, særlig i forhold til kartlegging og observering. Deltakerne ble bedt om å registrere humøret før oppstart av intervensjonen, som ble utført av sykepleiere. Gruppen som mottok vanlig behandling (TAU) hadde også jevnlig kontakt med «mental health nurses», altså sykepleiere med videreutdanning i psykisk helse (Gomes *et al.*, 2019, s. 623). Resultatet viste at intervensjonen ga bedring i visuelt minne, ansiktsmimikk og følelsesgjenkjenning hos gruppen som mottok kognitiv terapi (Gomes *et al.*, 2019).

## 5.0 Drøfting

Drøftingskapittelet vil ta for seg oppgavens sammenfattende resultater som drøftes opp mot problemstillingen. Viktige funn fra de valgte artiklene vil presenteres samtidig som annen litteratur inkluderes i den hensikt å forsøke og finne svar på problemstillingen. Sykepleierens rolle vil tydeliggjøres gjennom hele kapittelet. Drøftingskapittelet er inspirert fra Toulmins argumentasjonsmodell i Thidemann (2019).

### 5.1 Hva er betydningen av livskvalitet ved psykisk sykdom?

I Folkehelse rapporten av Bang *et al.* (2021) oppsummeres en rekke hovedpunkter innenfor livskvalitetsbegrepet i Norge. I risikogruppen for dårlig livskvalitet inkluderes mennesker med levekårsrelaterte problemer. Eksempler er arbeidsledighet, fysisk eller psykisk sykdom og nedsatt funksjonsevne (Bang *et al.*, 2021). Dette ses i sammenheng med oppgavens problemstilling, hvor pasienter med bipolar lidelse kan være i risiko for å oppleve dårligere livskvalitet. I studien til Gomes *et al.* (2019) beskrives det at bipolar lidelse ofte forbindes med funksjonsnedsettelse og lavere livskvalitet, selv i perioder i remisjon. Hos mange er den kognitive funksjonen svekket med opptil 40%. I hovedsak gjelder dette oppmerksomhet, hukommelse og utførelse av gjøremål (Gomes *et al.*, 2019). Det ses derfor en sannsynlighet for at pasienter med bipolar lidelse har større risiko for å oppleve dårligere livskvalitet. Dette understrekes av Borge (2000b) som beskriver at psykiatriske pasienter har i gjennomsnitt dårligere livskvalitet enn friske. Individuelle forskjeller har likevel en viktig betydning. God helse og gode sosiale relasjoner trekkes frem som essensielle faktorer som assosieres med bedre livskvalitet.

Det skilles mellom subjektiv og objektiv livskvalitet, hvor subjektiv livskvalitet omfatter på den ene siden fravær av psykiske plager og negative følelser. Mens på den andre siden omfatter det opplevelsen av livskvaliteten med faktorer som sykdom eller helseplager. Subjektiv livskvalitet kan med dette oppleves god, selv med faktorer som psykiske lidelser til stede. På samme måte kan opplevelsen være dårlig, fordi den psykiske lidelsen og de negative følelsene tar overhånd (Bang *et al.*, 2021). Rustøen (2016) gjengir på sin side at sykdom kan påvirke livskvaliteten i negativ grad, noe som vises i flere av artiklene. Samtlige av artiklene dreier seg om hvordan kognitiv terapi kan bidra til økt livskvalitet. På sin side beskriver Murray *et al.* (2021, s. 831) subjektiv livskvalitet som «et individs oppfattelse av deres

posisjon i livet, avhengig av verdier og levemåter. Samt relasjon til deres mål og forventninger». På en annen side tar også Carruthers *et al.* (2021) for seg begrepet og sammenligner forholdet mellom mindfulness og subjektiv livskvalitet ved bipolar lidelse. Vansker med følelsesregulering og det å tolke andres følelser nevnes som vanlige kjennetegn hos pasienter med bipolar lidelse. Videre inkluderes det at god innsikt i egne og andres følelser kan føre til bedre subjektiv livskvalitet, fordi det gir positive effekter ved personlige forhold (Carruthers *et al.*, 2021). Murray *et al.* (2021) fokuserer særlig på individets oppfattelse av eget liv, mens Carruthers *et al.* (2021) legger mer vekt på de positive effektene mindfulness kan ha på individets subjektive livskvalitet. Det kan derfor tenkes at personlige egenskaper og evnen til mindfulness har en ringvirkning til opplevelsen av den subjektive livskvaliteten hos pasienter med bipolar lidelse.

I Borge *et al.* (2000a) vises det til at pasienter som skrives ut fra psykiatriske døgnavdelinger opplever bedre livskvalitet utenfor institusjon. Dette kan forklares ved at de fleste har det bedre i sitt eget hjem, selv om noen av disse pasientene var innlagt i over 10 år. Videre beskriver de at pasientene trivdes i et miljø som var fylt av mental støtte, arbeidsoppgaver og meningsfulle aktiviteter. Dette kan ses i sammenheng med studien til Henken *et al.* (2020) hvor pasientene opplevde mindre depressive symptomer 2 og 12 måneder etter endt behandling med kognitiv terapi. Det vises til at deres resultat i forhold til livskvalitet ikke ga svar av særlig betydning, ettersom resultatet varierte betraktelig. Likevel kan det antydes at bedring av depressive symptomer kan føre til bedre livskvalitet. Dette ses også i Borge (2000c, s. 52) hvor faktorer som sosial tilhørighet, sammenheng i tilværelsen og samvær med andre mennesker er viktige grunnleggende behov innenfor livskvalitetsbegrepet. Intervensjoner som innebærer samvær med andre, kan ha effekt på livskvalitet hos mennesker med psykiske lidelser. Det vil i slike situasjoner være ekstra viktig at helsepersonell, herunder sykepleier, tar initiativ og ansvar til å motivere pasienten. Roy (2011) beskriver at et mål innen sykepleie nettopp er å bidra til sunnhet og livskvalitet, både individuelt og i grupper. Pasienter med langvarige psykiske lidelser kan ha liten motivasjon til å bruke egne ressurser. Fokus på hva ubehag og lidelse betyr for den enkelte vil med dette være hensiktsfullt i sykepleieutøvelsen (Brookes, 2011). Det vises derfor til at det å gi informasjon og veilede kan motivere pasientene til å ta i bruk egne ressurser, og med dette oppleve et større fellesskap som kan gi bedre livskvalitet (Borge, 2000b).

## **5.2 Hvilken betydning har kognitiv terapi og mindfulness for livskvalitet hos pasienter med bipolar lidelse?**

Ved bruk av kognitiv terapi hos pasienter med bipolar lidelse, er fokuset å hjelpe hver enkelt til å identifisere dysfunksjonelle tanker og holdninger (Berge, 2021). I tillegg antydes det at kognitiv terapi er en effektiv behandling for å redusere depressive symptomer (Henken *et al.*, 2020). Dette bekreftes i Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2018) hvor behandlingen er anbefalt ved lette og moderate depresjoner, og kan være den eneste relevante behandlingsformen. Som følge av at den depressive episoden har individuelle særpreg er kognitiv terapi utviklet til å blant annet legge vekt på følelser og relasjoner (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). Etersom behandlingen er et samarbeidsprosjekt mellom pasienten og sykepleier som terapeut, vil målet være å identifisere og diskutere forbindelsen mellom negative tenkemåter, følelser og handlinger. I og med at kognitiv terapi er en tilpasset behandling, kan behandlingen rette oppmerksomheten mot hvilket stemningsleie pasienten er i (Berge, 2021). I den depressive episoden brukes kognitiv terapi som en strukturert behandling, hvor fokuset dreier seg om problemløsning.

For at mindfulness skal ha betydning, kreves det at pasienten er åpen for endring og oppmerksomt nærvær (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). Carruthers *et al.* (2021) beskriver at større evne til mindfulness kan bidra til å optimalisere evnen til kontroll over egne tanker, handlinger og følelser. Dette kan igjen være fordelaktig for psykisk velvære. Mindfulness kan bidra til betydelige forbedringer ved mild depresjon og gi bedre psykososial funksjon. Samtidig kan det bidra til å forsterke ferdigheter som påvirker livskvaliteten, som blant annet å redusere negative tanker som kan gi risiko for tilbakefall (Murray *et al.*, 2021). Likevel beskriver Carruthers *et al.* (2021) at lavere evne til mindfulness hos pasienter med bipolar lidelse var assosiert med mer alvorlig depressiv tendens, samt dårligere livskvalitet. Det antydes derfor at vanskeligheter med følelsesregulering og evnen til mindfulness kan ha sammenheng med depressive tendenser (Carruthers *et al.*, 2021). Ved mindfulness øver man på å ikke reagere på de negative tankene som oppstår. Kennair (2021) bekrefter at målet med mindfulness, er at pasientene skal forstå at bekymringstankene som dukker opp skal kunne regulere seg selv, uten at man engasjerer seg eller styrer de. Dersom man unnlater å følge opp bekymringstankene, er de mer kontrollerbare. Ved oppmerksomt nærvær kan pasienten vektlegge hva de opplever som vesentlig og viktig.



Gomes *et al.* (2019) hevdet at kognitiv terapi som tilleggsbehandling kunne føre til lengre perioder i remisjon. I deres studie estimerte de at 30% av pasientene som mottok vanlig behandling, ikke opplevde en ny episode ett år etter intervensjonen. Mens for pasientene som mottok både kognitiv terapi og vanlig behandling, estimerte de at 55% av pasientene ikke opplevde tilbakefall ett år etter intervensjonen. Dermed ser man at gruppen som mottok kognitiv terapi kombinert med vanlig behandling hadde mindre risiko for tilbakefall. De fleste studiene hadde som inklusjonskriterie at pasienten ikke var under en pågående depressiv- eller manisk episode. Det kan bidra til begrensninger siden det er lite forsket på bruk av kognitiv terapi i akutt fase (Smith *et al.*, 2020). Samtidig henviser studien til Henken *et al.* (2020) at det ikke ble tilbudt kognitiv terapi for pasienter i den akutte fasen. Skjelstad (2021) gjengir at det er gjort lite forskning på bruk av kognitiv terapi ved tilbakefallsforebygging for pasienter med bipolar lidelse, og at studiene ofte er små. Ettersom kognitiv terapi er en kortvarig behandling kan effekten avta over tid, dersom pasienten ikke får oppfriskningstimer. Til gjengjeld kan kognitiv terapi ha forebyggende effekt, men gir nødvendigvis ikke bedre effekt enn andre behandlingsalternativer (Skjelstad, 2021). Dersom pasientene skal ha nytte av kognitiv terapi bør de ha tilstrekkelig funksjonsnivå, slik at de bevisstgjør sammenhengen mellom egne tanker, følelser og handlinger. Hovedfokuset med kognitiv terapi, er dermed at pasienten kan bli sin egen kognitive terapeut (Winther og Repål, 2021).

I studien til Gomes *et al.* (2019) vises det at pasientene som mottok kognitiv terapi, ikke viste endring i psykososial funksjon eller livskvalitet etter intervensjonen. Til gjengjeld hadde de forbedret kognitive egenskaper, som ofte reduseres ved bipolar lidelse. Det er også mindre forsket på effekten av kognitiv terapi i henhold til livskvalitet hos pasienter med bipolar lidelse. Det kan derfor være nødvendig med lengre oppfølgingsperioder for kunne se endringer. På sin side antyder Henken *et al.* (2020) at kognitiv terapi kan være effektiv for å redusere intensiteten på humørsvingninger, tross liten studiegruppe. Pasienter som hadde hatt flere depressive episoder, viste mer variasjon i stemningsleie under studien. Samtidig viste de en reduksjon av humørsvingningene i slutten av intervensjonen. Dermed kan kognitiv terapi være en gunstig behandling både for å redusere depressive symptomer og for å forbedre psykisk helse, som kan gi økt livskvalitet. Skårderud, Haugsgjerd og Stånicke (2018) viser også til at kognitiv terapi kan bidra til at pasienter mestrer sine følelser, tanker og symptomer. Kombinasjon av legemiddelbehandling, kognitiv terapi og sosial trening viser dermed å gi ytterligere symptomreduksjon.

### 5.3 Hvordan kan sykepleierens rolle benyttes i kognitiv terapi?

I *Sykepleien* beskriver Mjøsund (2020) hvordan tidligere innlagte norske psykiatriske pasienter ville organisert deres drømmesykehus. God kommunikasjon, psykoedukasjon og ivaretagelse av grunnleggende behov trekkes frem som viktige forutsetninger. Tydelig døgnstruktur og individualisert omsorg blir også trukket frem (Mjøsund, 2020). Det vises også i studien til Smith *et al.* (2020) hvor mestring og håndtering av bipolar lidelse ofte involverer at pasienten klarer å ivareta egne grunnleggende behov. Gode søvnrutiner og legemiddelbehandling fremheves som viktige faktorer for å opprettholde god struktur i hverdagen. I Skjelstad (2021) bekreftes det at struktur og regelmessighet i hverdagen kan være effektivt i behandlingen av bipolar lidelse. God struktur i hverdagen kan innebære sosial tilhørighet, sunt kosthold, fysisk aktivitet og tilstrekkelig med søvn. En risikofaktor for en begynnende depressiv episode er nettopp søvnforstyrrelser (Skjelstad, 2021). Som følge av dette kreves det struktur i behandlingseenheten. Det bør settes opp faste aktiviteter og måltidsrutiner, regler for pasientene og tildelte roller for helsepersonell på avdelingen (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). Med dette som utgangspunkt kan sykepleier være med å veilede pasienten til å følge avdelingens døgnstruktur og iverksette tiltak som kan bidra til å redusere depressive symptomer. På denne måten kan pasientene etter hvert motiveres til å delta i annen behandling, for eksempel kognitiv terapi eller mindfulness.

I kognitiv terapi bør sykepleier informere, gi råd, forklare og stille konkrete spørsmål. I og med at det stilles konkrete spørsmål, kan man veilede pasienten til å fremme egen refleksjon, ettersom de ofte har negative oppfatninger av seg selv. Deres oppfatning kan være preget av følelsesmessig tvil eller feiltolkninger (Berge og Repål, 2021). Innenfor psykisk helsearbeid er samarbeid fra pasienten sin side nesten en forutsetning for at behandlingen skal være effektiv (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). Ved bruk av kognitiv terapi hjelper man pasienten til å være delaktig i en aktiv dialog, og dermed bidrar til samarbeid og problemløsning. Dersom intervensjonen skal ha en hensikt, kreves det at pasienten tilegner seg tereapeutens kunnskaper og tilpasser de til sin egen personlighet og sine egne utfordringer (Berge og Repål, 2021). De færreste av artiklene omfatter sykepleie, men benytter andre helsefaglig yrkesgrupper. Dette ses i studien til Murray *et al.* (2021) hvor det var psykologstudenter som gjennomførte intervensjonen. Hallberg og Ørbeck (2009) beskriver at kognitiv terapi for sykepleier har blitt mer utbredt de senere år. Innenfor psykisk helsevern har sykepleier større individuelt ansvar for oppfølging av pasienter. Dermed er det liten grunn til

at sykepleier ikke kan benytte kognitiv terapi (Hallberg og Ørbeck, 2009). Dette ses også i Brookes (2011) hvor kognitiv terapi inkluderes innen sykepleie, og utøves av psykiatrisk sykepleier Phil Barker. Som følge av dette kan kognitiv terapi være både nyttig og riktig i arbeid med pasienter innenfor psykisk helsevern. I *Sykepleien* forklares det at: «kognitiv terapi som metode bør ikke være forbeholdt psykologer og leger» (Hallberg og Ørbeck, 2009, avsnitt 1). Derfor henviser oppgaven til sykepleier som terapeut, ettersom sykepleier like gjerne kan utøve kognitiv terapi, så vel som psykologer eller leger.

Livskvalitet har fått større fokus innen sykepleieutøvelsen de siste årene. En årsak til dette er fordi det sannsynligvis vil bli flere som lever lenger med kroniske sykdommer, deriblant psykiske lidelser. Hos disse pasientgruppene vil ikke målet være å bli helbredet, men målet vil derfor dreie seg om å lære og leve med sykdommen. Og gjennom aksept, oppnå god eller bedre livskvalitet (Rustøen, 2016). Bipolar lidelse utredes som regel fra 22-årsalderen, men de første symptomene på svingninger i stemningsleie opptrer allerede i 15-16-årsalderen (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). Derfor tar oppgaven for seg pasienter mellom 18-65 år. Et viktig mål i sykepleien hos denne pasientgruppen vil være å tilføre mestringsmuligheter på døgnavdelingen. Dette kan være enkle livsstilstiltak som pasienten kunne utført i perioder i remisjon. Alle mennesker har behov for å oppleve mestring. Det vil derfor være ekstra viktig at pasienter med langvarige eller kroniske lidelser opplever mestring i deres behandling (Eriksen, 2015). Dette ses i sammenheng med at mange med langvarige psykiske lidelser kan bekrefte at livskvaliteten reduseres betraktelig grunnet deres psykiske sykdom (Borge, 2000b). Murray *et al.* (2021) beskriver at det kan være utfordrende å forbedre livskvaliteten hos pasienter med langtkommet bipolar lidelse. Mens Smith *et al.* (2020) undersøker viktigheten av mestringstro hos pasienter med bipolar lidelse. Graden av individets mestringstro vil ha stor betydning for hvordan pasienten forventer å mestre og faktisk mestrer en situasjon. Dette understrekes ytterligere hvor høy mestringstro gir større sannsynlighet for bedre livskvalitet. På samme måte som lav mestringstro gir større sjans for dårligere livskvalitet (Smith *et al.*, 2020). Dette bekreftes av Skjelstad (2021) som beskriver at lav mestringstro gir risiko for motivasjonssvikt. I tilfeller med lav mestringstro er det viktig at sykepleier anerkjenner dette, for å kunne finne ut av hva som hemmer og eventuelt fremmer motivasjonen til pasienten (Skjelstad, 2021). Samtidig henviser Lode (2016, s. 45) til at oppmuntrende tilbakemeldinger fra andre, som sykepleier, kan stimulere til mestring som kan gi økt livskvalitet.

Murray *et al.* (2021) beskriver at dersom pasienten aksepterer svingende stemningsleie og forplikter seg til deres personlige verdier, kan det bidra til å styrke selvtillit og livskvalitet. Aksept av tidligere vanskelige episoder kan redusere dårlig selvfølelse og skam. Smith *et al.* (2020) nevner i sin studie at lav mestringsstro hos pasienter med bipolar lidelse kan være et hinder til forbedring av psykososial funksjon eller evne til å oppnå bestemte mål. Lav mestringsstro påvirker deres tillit til å kunne gjennomføre livsstiltak for å forbedre stemningsleie. Som følge av dette kan det påvirke hvordan de tenker, føler, handler og motiverer seg selv (Smith *et al.*, 2020). Ved langvarige og tilbakevendende depressive episoder, opplever mange pasienter overdreven selvkritikk og skamfølelse. I tillegg til å behandle spesifikke symptomer, er målet med kognitiv terapi å forbedre pasienters evne til å mestre egen sykdom. Økt mestringsfølelse er assosiert med lavere nivå av depresjon, og pasienten kan oppleve forbedret kontroll over eget liv (Berge og Repål, 2021). Selv med alvorlig psykiske lidelser mener Langeland (2009) at man er i stand til å styrke egne mestringsressurser. Gjennom positive og helsefremmende terapitilbud, som kognitiv terapi, kan det bidra til økt mestring og dermed bedre livskvaliteten hos pasienter med bipolar lidelse. Et tiltak kan være å motivere pasienten til å skrive ned egen selvkritikk. Dermed oppdager man hvilke betegnelser pasienten bruker om seg selv. Det omhandler ofte negative betegnelser man ikke ville sagt om andre enn seg selv. De negative tankene kan være undertrykkende fordommer om seg selv. Gitt at man trener på selvmedfølelse, kan det bidra til at pasienter med depressiv episode reduserer egen selvkritikk og skamfølelse (Berge og Repål, 2021; Berge, 2021). Dette kan bidra til økt mestring, som igjen kan gi økt livskvalitet.

Sykepleier har en omsorgsfull rolle som innebærer blant annet å forstå hva den syke pasienten prøver å uttrykke. I disse møtene kan sykepleiere blir utfordret, da han eller hun må bruke erfaring, kunnskap og egne sanser for å prøve og forstå hva pasienten mener (Delmar, 2016). Med andre ord må sykepleier bruke seg selv terapeutisk. Travelbee (2001) beskriver at hvis man skal kunne bruke seg selv terapeutisk, må man ha innsikt i hvordan egen atferd påvirker andre. En slik tilnærming kan bidra til at pasientene utvikler bedre selvinnsett og gir slipp på automatiske tanker som fører til automatiske reaksjoner (Travelbee, 2001). Likevel kan sykepleier oppleve vansker med å motivere denne pasientgruppen. Pasienter som rammes av alvorlig sykdom kan oppleve å bli nedtrykt og fortvilet, og dermed bli passive og isolere seg. En slik adferd kalles for unngående mestring, hvor pasienten ikke ønsker å motta hjelp grunnet faktorer som psykisk sykdom (Eide og Eide, 2017). Denne adferden ses gjerne hos pasienter i en depressiv fase, hvor nedsatt selvfølelse og nedsatt konsentrasjonsevne er vanlige

kjennetegn (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). Sykepleier har med dette en viktig, men vanskelig oppgave med å bidra til opprettholdelse eller bedring av livskvalitet hos disse pasientene. Et godt verktøy for å legge til rette for mestring er nettopp de gode samtalene. Gode kommunikasjonsferdigheter er en sentral ferdighet i sykepleieutøvelsen. Sykepleier bør kommunisere på en måte som viser at han eller hun er genuint interessert i å hjelpe pasienten (Travelbee, 2001). Dermed kan meningsfull dialog være til hjelp, ettersom det innebærer at samtaleemnet skal være relevant i en gitt situasjon. Samtalen bør bidra til å motivere pasienten for en endring, som er sentralt i profesjonell- og motiverende kommunikasjon. Kommunikasjonen bør rettes mot «her og nå», slik at man kan jobbe strukturert med den aktuelle utfordringen (Travelbee, 2001; Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). I studien av Henken *et al.* (2020) vises det at sykepleiere var med og ledet gruppesamtalene. Slike samtaler kan bidra til at sykepleier blir bedre kjent med pasientene og på denne måten iverksette tiltak (Eide og Eide, 2017). Phil Barker beskriver i Brookes (2011) at sykepleie fokuserer på å identifisere hva pasienten har bruk for akkurat nå, og i fellesskap skal pasient og sykepleier oppfylle disse behovene ved å iverksette sykepleietiltak. Dilemmaer, eller etiske overveielser, kan likevel oppstå i slike situasjoner. På sin side har alle pasienter rett til å uttrykke egne meninger og hvilke verdier som er viktige for han eller hun i en gitt situasjon. Sykepleier har likevel et ansvar i å utøve god og riktig sykepleie, samtidig som man har et ansvar i å respektere pasientens autonomi og egne ønsker. Autonomi beskrives som medbestemmelsesrett (Slettebø, 2012). På samme måte har alle pasienter rett til å medvirke egen behandling jfr. pbrl § 3-1. Dette er også jamført i pvhl. § 2-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Psykisk helsevernloven 1999). Dilemmaet i et slikt eksempel kan derfor være hvordan sykepleier både skal respektere pasientens autonomi, samtidig som han eller hun forsøker å motivere pasienten til å delta aktivt i egen behandling.

Å veilede pasienter til å styrke motivasjonen til forbedring er en viktig sykepleieoppgave. Enten det gjelder vaner, livsstil eller sosiale- og helsemessige årsaker. Noen viktige verktøy som kan benyttes til å analysere sammenhengen mellom pasientens tanker, følelser og atferd, er ABCD-modellen (tabell 1) eller den kognitive diamant (figur 1) (Berge og Repål, 2021). Dersom det benyttes slike modeller, kan man hjelpe pasientene til å identifisere hvorfor de reagerer slik de gjør, og sammen avklare og sette realistiske mål. Et eksempel kan være at pasienten skriver ned selvførdømmende tanker. Fokuset vil være at pasienten kan øve på å akseptere følelsene som oppstår. Uten å forsøke å presse de vekk eller skjule de, for å rette oppmerksomheten mot en opplevelse av mestringstro. Det vil derfor være viktig å ikke presse

pasienten til neste fase, slik at behandlingen får negative konsekvenser. Dersom sykepleier som terapeut forsøker å fremskynde endringsprosessen, kan det føre til at pasienten mister motivasjonen og ønsker å gi opp (Eide og Eide, 2017; Berge og Repål, 2021). Dette støttes i Skjelstad (2021) som beskriver at motivasjon for endring kan styrkes ved å vektlegge egenverdien av endringene. Egenverdien kan for eksempel dreie seg om å fokusere på nytten av et tiltak, som å benytte nevnte modeller. Dermed regnes sykepleierens motiverende rolle som særs relevant. Med dette som utgangspunkt, kan kognitiv terapi og mindfulness være viktige verktøy i arbeidet med å vedlikeholde eller bedre livskvaliteten hos denne pasientgruppen (Berge og Repål, 2021). Likevel ses det i noen tilfeller at kognitiv terapi ikke har effekt. Årsaker til dette kan være blant annet at behandlingsmetoden er uegnet eller at det er miskommunikasjon mellom pasient og terapeut. Dersom behandlingen ikke gir noen effekt, bør behandlingen avsluttes. Ettersom helsepersonell skal innrette seg etter faglig forsvarlighet, må det innhentes faglig bistand eller samhandling fra andre kvalifiserte helsepersonell, jfr hpl. §4. Derfor må sykepleier som terapeut, eller annet helsepersonell med myndighet, henvise til et mer egnet behandlingstilbud (Helsepersonelloven, 1999; Berge *et al.*, 2021). Viktige evner hos en terapeut er å være ydmyk og kjenne sin rolle, samt dens begrensninger.

#### **5.4 Innovasjon i fag- og tjenesteutvikling**

Gjennom analysering av valgte artikler, samt faglitteratur, har vi kommet frem til tre tiltak som kan være hensiktsmessig å fokusere på: kognitiv terapi individuelt eller i gruppe, sykepleier som terapeut og bruk av kognitiv terapi i akutt fase.

Kognitiv terapi kan gjennomføres i gruppe eller individuelt. Det er opp til hver enkelt, ettersom ikke alle er trygge med å snakke åpent om sine utfordringer i en gruppe. Likevel er sosial tilhørighet og samfunnsdeltakelse fremhevet som faktorer som kan bidra til økt livskvalitet og redusert ensomhet (Meld. St. 19 (2018-2019), s. 9). Som følge av dette kan gruppebasert kognitiv terapi bidra til økt sosial tilhørighet. I slike grupper kan man møte andre med tilsvarende utfordringer. Henken *et al.* (2020) undersøkte om gruppebasert kognitiv terapi kunne gi økt livskvalitet. Resultatet i studien ga ikke et tydelig svar på om det ga økt livskvalitet. Likevel viste det forbedring av depressive tendenser etter kognitiv gruppeterapi. Det kan derfor tenkes at terapien er for kort, eller at det trengs oppfriskningstimer over tid.

I kognitiv terapi er pasienten i sentrum. Hovedmålet er å undersøke hvordan pasientens utfordringer oppstår. Samarbeid mellom terapeut og pasient er essensielt i kognitiv terapi, slik at man kan ha felles forståelse av hvilke tiltak og mål man jobber mot (Berge og Repål, 2021). Terapeut regnes ofte som psykologer, som også vises i studien til Murray *et al.* (2021) hvor psykologstudenter utførte intervensjonen. I døgnavdelinger er sykepleier en viktig ressurs. Sykepleier er mer tilstede enn psykologer som ofte jobber på dagtid. Kognitiv terapi kan være nyttig for sykepleier, og bør ikke være forbeholdt psykologer eller leger (Hallberg og Ørbeck, 2009). Ved å benytte sykepleier som terapeut, kan man hjelpe flere pasienter med ulike utfordringer. I tillegg er kognitiv terapi en behandlingsmetode som har vist å gi god effekt på flere psykiske lidelser (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). Kognitiv terapi ved bipolar lidelse kan derfor være et godt behandlingsalternativ innen psykisk helsevern og døgnavdelinger. Med dette som utgangspunkt har vi kommet frem til at økt kunnskap om kognitiv terapi og sykepleierens rolle innenfor dette, vil være nyttig i fremtidig psykisk helsevern.

Det er lite forsket på bruk av kognitiv terapi i akutt fase, samt effekt ved tilbakefallsforebygging. Dette ses i Smith *et al.* (2020) og Henken *et al.* (2020) hvor kognitiv terapi tilbys for pasienter med bipolar lidelse som ikke er i den akutte fasen av sykdommen. Skjelstad (2021) bekrefter at det er gjort lite forskning på bruk av kognitiv terapi for pasienter med bipolar lidelse ved tilbakefallsforebygging. Forutsetningen er derimot at pasientene må ha tilstrekkelig funksjonsnivå, slik at de har evne til å kunne bevisstgjøre sammenhengen mellom egne følelser, handlinger og tanker (Winther og Repål, 2021). De inkluderte artiklene tar kun for seg pasienter som har samtykket til intervensjonen og som ikke befinner seg i en akutfase. Det bør dermed forskes mer på bruk av kognitiv terapi for denne pasientgruppen i en akutfase. Det kan tenkes at det er ulike årsaker til at kognitiv terapi er lite forsket på i akutt fase. Blant annet kan det omhandle innleggelsesårsak, funksjonsnivå eller at pasienten ikke er motivert eller samtykker til å gjennomføre kognitiv terapi. Likevel viser Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2018) til at kombinert legemiddelbehandling, kognitiv terapi og sosial trening kan bidra til å redusere depressive symptomer. Via erfaring ser vi at flere pasienter er innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling over en lengre periode, dermed ønsker vi at det forskes mer på kognitiv terapi i akutfase.

## 6.0 Kritisk vurdering av artikler og litteratur

De fem valgte artiklene er skrevet på engelsk, men er utført i forskjellige land. Søket ga ingen studier som er utført i Norge, noe som kan føre til at resultatene fra studiene ikke stemmer helt med spesialisthelsetjenesten i Norge. Artiklene er heller ikke skrevet på norsk, som kan gi rom for feiltolkninger, særlig grunnet flere fremmedord. Med dette som utgangspunkt har vi forsøkt å se kritisk på likheter fra utøvelsen fra studiene, til utøvelsen her i Norge.

Som nevnt i 3.2, har ikke sykepleierens rolle noe hovedfokus i de valgte artiklene. Studiene til Henken *et al.* (2020) og Gomes *et al.* (2019) inkluderer sykepleiere i kartlegging og observasjon, men ikke i stor nok grad at artiklene har et særlig sykepleiefokus. Dette kan også føre til feiltolkninger, siden man ikke vet hvor mange sykepleiere som har bidratt til å utforme resultatene i studiene. De resterende artiklene ses likevel som relevante siden de omhandler pasientens perspektiv i kognitiv terapi. Vi har funnet faglig støtte i pensum- og ressurslitteratur, som har stått i samsvar med artiklenes funn. Samtidig har det vært utfordrende å finne sykepleielitteratur som har omhandlet livskvalitet og psykisk helse. Det har derfor vært viktig å velge litteratur som er kvalitetssikret og som viser seg gjeldende i forhold til oppgavens problemstilling. Det er hovedsakelig brukt primærkilder for å unngå feiltolkninger, men sekundærkilder som har blitt oversatt til norsk har blitt inkludert. Sykepleieteori, etiske overveielser og behandlingsmetoder har vært viktige områder. Artiklene er etisk godkjente, som nevnt i 3.4.1.

Ingen av studiene gir entydig svar på om kognitiv terapi gir økt livskvalitet ved bipolar lidelse. Det har derfor vært utfordrende å drøfte, ettersom resultatene har vært ganske upresise. Grunnet begrensninger med samme søkeord, fant vi kun fem relevante artikler. En gjentagende konklusjon fra artiklene, har vært at dette er et område det «bør forskes mer på». Dette ses også ved at den eldste artikkelen er fra 2019, og den nyeste fra 2021. Resultatene fra artiklene viser likevel til at kognitiv terapi ved bipolar lidelse kan være av betydning, hvis man har større grupper over lengre tidsperioder. Gomes *et al.* (2019) forklarer avslutningsvis at kognitiv terapi ved bipolar lidelse bør forskes videre på, for å finne ut om det kan ha god effekt eller betydning hos denne pasientgruppens livskvalitet.



## 7.0 Konklusjon

*“Hvilken betydning har kognitiv terapi for pasienter med bipolar lidelse, og hvordan kan sykepleier benytte seg av kognitiv terapi for å bedre livskvaliteten hos denne pasientgruppa?”*

I denne litteraturstudien ble det oppdaget at bruk av kognitiv terapi for pasienter med bipolar lidelse er et relativt nytt forskningsområde. Det var mindre forsket på enn vi først antok. Det var også lite forskning på effekten av kognitiv terapi i en pågående depressiv- eller manisk episode og innen tilbakefallsforebygging.

Kognitiv terapi er et samarbeidsprosjekt mellom pasient og sykepleier som terapeut. Den depressive fasen kan føre til at pasientene blir fortvilet og får nedsatt selvfølelse. De kan bli passive og isolerer seg, og ønsker dermed ikke hjelp. Sykepleierens motiverende rolle er særs relevant siden mestringstro er viktig for bedring av livskvalitet. Dersom sykepleier benytter motiverende kommunikasjon kan han eller hun snu tankemønsteret til pasienten gjennom gode kommunikasjonsferdigheter og de gode samtalene. Gjennom at sykepleier kartlegger, observerer og bruker seg selv terapeutisk, kan han eller hun motivere pasienten til å være delaktig i en aktiv dialog som bidrar til samarbeid og problemløsning. Sykepleier kan motivere pasienten til å benytte for eksempel ABCD-modellen, for å bevisstgjøre sammenheng mellom tenkemåter, følelser og handlinger. Fokuset med kognitiv terapi er nettopp dette. Dersom kognitiv terapi skal ha betydning må pasientene ha et tilstrekkelig funksjonsnivå, slik at de kan bevisstgjøre sammenhengen mellom egne følelser, tanker og handlinger. Det vises til at kognitiv terapi kan ha betydning for å redusere depressive symptomer ved lette og moderate depressive tendenser. Dette kan gi bedret evne til følelsesgjenkjenning, oppmerksomhetsnivå og positive tanker om seg selv. Kognitiv terapi kan derfor være viktig i arbeidet med å vedlikeholde eller bedre livskvaliteten hos pasienter med bipolar lidelse.

Likevel ga ikke litteraturstudien et entydig svar på forbedring av livskvalitet, men at bedring av depressive symptomer kan føre til bedre livskvalitet. Man kan ha god livskvalitet på tross av faktorer som psykiske lidelser, ettersom livskvalitet er subjektivt og knyttes opp til hver enkeltes opplevelser. Det vises dermed til at kombinasjon av legemiddelbehandling, kognitiv

terapi og sosial trening kan bidra til reduksjon av depressive symptomer. Noe som igjen kan bidra til økt livskvalitet for pasienter med bipolar lidelse.

## 8.0 Litteraturliste

Aveyard, H. (2019) *Doing a literature review in health and social care*. London: Open University Press.

Bang, R.N. *et al.* (2021) *Livskvalitet i Norge*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/> (Hentet: 28. mars .2022).

Berge, T. (2021) Depresjon, i Berge og Repål (red.) *Håndbok i kognitiv terapi*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 187-200.

Berge, T. og Repål, A. (2021) Introduksjon til kognitiv terapi, i Berge og Repål (red.) *Håndbok i kognitiv terapi*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 19-38.

Berge, T. *et al.* (2021) Behandlingsalliansen i kognitiv terapi, i Berge og Repål (red.) *Håndbok i kognitiv terapi*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 39-58.

Borge, L. *et al.* (2000a) *Livskvalitet, ensomhet og sosial kontakt hos mennesker med langvarige psykiske lidelser*. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2000/01/aktuelt-problem/livskvalitet-ensomhet-og-sosial-kontakt-hos-mennesker-med-langvarige> (Hentet: 03. mai 2022).

Borge, L. (2000b) Veien tilbake - fra institusjonspsykiatri til lokalmiljø - med fokus på livskvalitet, ensomhet og sosial kontakt hos mennesker med langvarige psykiske lidelser, i Almvik, A. og Borge, L. (red.) *Tusenkunstnerne - muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, s. 199-216.

Borge, L. (2000c) Verdigrunnlag, sentrale prinsipper og utfordringer i psykisk helsearbeid, i Almvik, A. og Borge, L. (red.) *Tusenkunstnerne - muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, s. 51-66.

Brookes, N (2011) Phil Barker - Tidevandsmodellen for psykisk rehabilitering, i Tomey, A.M. og Alligod, M.R. (red.) *Sygeplejeteoretikere - bidrag og betydning for moderne sygepleje*. 1.utg. København: Munksgaard Danmark, s. 543-574.

Carruthers, S.P., *et al.* (2021) Mindfulness, mood symptom tendencies and quality of life in bipolar disorder: An examination of the mediating influence of emotion regulation difficulties, *Journal of Affective Disorders*, volum 298(Pt A), s. 166-172.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.107> (Hentet: 30.mars 2022).

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. 7. utg. Oslo: Gyldendal.

Delmar, C. (2016) Livsfenomener, i Heggstad, A.K.T. og Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 2*. 4.utg. Oslo: Cappelen Damm, s. 381-397.

Eide, H., og Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner - personorientering, samhandling og etikk*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eknes, J. (2006) *Depresjon og mani - forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.

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

Forsberg, C og Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier - värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 4. utg. Stockholm: Natur & Kultur.

Gomes, B.C., *et al.* (2019) Cognitive behavioral rehabilitation for bipolar disorder patients: A randomized controlled trial, *Bipolar disorders*, volum 21(7), s. 621-633.

<https://doi.org/10.1111/bdi.12784> (Hentet: 30.mars 2022).

Hallberg, M. og Ørbeck, A.L. (2009). *Kognitiv terapi gir gode resultater*. Tilgjengelig fra:

<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2006.0018> (Hentet: 3. mai 2022).

Hansen, M. (2011) Det kommunikative aspekt i psykiatrisk sygepleje, i Kragerup, J. og Sletterød, H. (red.) *Psykiatrisk sygepleje - Lærebog for sygeplejestuderende*. 1.utg.

København: Munksgaard Danmark, s. 75-97.

Helsedirektoratet (2012) *Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar*. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/bipolare-lidingar/Bipolare%20lidingar%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20utgreiing%20og%20behandling.pdf/\\_attachment/inline/0a495dbf-91ed-4049-90c6-cb46f5babcd:a9d5e0886c87282b4f0e775073dc7305e44c1526/Bipolare%20lidingar%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20utgreiing%20og%20behandling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/bipolare-lidingar/Bipolare%20lidingar%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20utgreiing%20og%20behandling.pdf/_attachment/inline/0a495dbf-91ed-4049-90c6-cb46f5babcd:a9d5e0886c87282b4f0e775073dc7305e44c1526/Bipolare%20lidingar%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20utgreiing%20og%20behandling.pdf) (Hentet: 16. mai 2022).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 28. mars 2022).

Henken, H.T. *et al.* (2020). A cognitive behavioural group therapy for bipolar disorder using daily mood monitoring. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, volum 48(5), s. 515-529. doi: <https://doi.org/10.1017/S1352465820000259> (Hentet: 25. mars 2022).

Kennair, L.E.O. (2008) Generalisert angstlidelse, i Berge, T. og Repål, A. (red.) *Håndbok i kognitiv terapi*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 202-222.

Kennair, L.E.O. (2021) Generalisert angstlidelse, i Berge og Repål (red.) *Håndbok i kognitiv terapi*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 129-146.

Langeland, E. (2009) *Opplevelse av sammenheng og livskvalitet hos personer med psykiske helseproblemer*. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2007.0080> (Hentet: 28. april 2022).

Lode, K. (2016) Mestring, i Heggstad, A.K.T. og Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 2*. 4.utg. Oslo: Cappelen Damm, s. 40-55.

Lunde, B.V. (2012) Juss og etikk i sykepleien, i Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 166-188.

Meld. St. 19 (2018-2019) (2019) *Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf> (Hentet: 08. april 2022).

Mjøsumd, N.H. (2020) *Helsefremmende sykepleie i psykisk helsevern - pasienters drømmesykehus*. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.80478> (Hentet: 27. april 2022).

Murray, G., *et al.* (2021). Mindfulness-based online intervention to improve quality of life in late-stage bipolar disorder: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, volum 89(10), 830–844. <https://doi.org/10.1037/ccp0000684> (Hentet: 31. mars 2022).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven> (Hentet: 28. mars 2022).

Psykisk helsevernloven (1999) *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevern> (Hentet: 28. mars 2022).

Retterstøl, N. og Ilnér, O.S. (2008) *Mestring av livsvansker - om kriser og psykisk helse*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Roy, C. (2011) Adaptionsmodellen, i Tomey, A.M. og Alligod, M.R. (red.) *Sygeplejeteoretikere - bidrag og betydning for moderne sygepleje*. 1. utg. København: Munksgaard Danmark, s. 317-349.

Rustøen, T. (2016) Livskvalitet og velvære, i Heggstad, A.K.T. og Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 2*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm, s. 80-109.

Skjelstad, D.V. (2021) *Bipolare lidelser - Forståelse og forebygging av tilbakefall*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stånicke, E. (2018) *Psykiatriboken. Sinn - kropp - samfunn*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Slettebø, Å. (2012) Etske dilemmaer, i Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 42-54.

Slettebø, Å. (2012) Forskningsetikk, i Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 209-226.

Smith, L.M., *et al.* (2020) Self-efficacy in bipolar disorder: Development and validation of a self-report scale, *Journal of Affective Disorders*, volum 262(1), s. 108-117.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.026> (Hentet: 31.mars 2022).

Sneltvedt, T. (2012) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie, i Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 97-110.

Thidemann, I-J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter - Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1.utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Utdanningsforskning (2016) *Hva er en fagfelleverdert artikkel?*. Tilgjengelig fra:

<https://utdanningsforskning.no/artikler/2016/hva-er-fagfelleverdert-artikkel/> (Hentet: 21. april 2022).

Winther, B. og Repål, A. (2021) Brukerperspektivet og verdien av erfaringskunnskap, i Berge og Repål (red.) *i Håndbok i kognitiv terapi*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 59-69.

Øverland, S. (2008) Ustabilitet og selvskading, i Berge, T. og Repål, A. (red.) *Håndbok i kognitiv terapi*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 403-430.



