

Kristoffer Taraldstad, 10149
Rachel Kashafali, 495229
Nina Le, 10067

Kognitiv tilnærming:

Et verktøy for sykepleiere i samhandling med
pasienter med depresjon

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Lisbeth Kjeldsrud Aass
Mai 2022

Kristoffer Taraldstad, 10149
Rachel Kashafali, 495229
Nina Le, 10067

Kognitiv tilnærming:

Et verktøy for sykepleiere i samhandling med
pasienter med depresjon

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Lisbeth Kjeldsrud Aass
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Kognitiv tilnærming: Et verktøy for sykepleiere i samhandling med pasienter med depresjon		Dato : 20.05.22
Forfattere:	Kristoffer Taraldstad Rachel Kashafali Nina Le		
Veileder:	Lisbeth Kjeldsrud Aass		
Stikkord/nøkkelord	Kognitiv tilnærming, Depresjon, Profesjonell sykepleie		
Antall sider/ord:	Antall vedlegg: 1		
9854/36			
<p>Bakgrunn: Depresjon er en relativ vanlig lidelse i Norge, som i følge Folkehelseinstituttet vil ramme rundt 20% av befolkningen gjennom livet, og 10% av befolkningen i løpet av ett år. Dette vil si at sykepleiere har stor sannsynlighet til å møte mennesker med depresjon i sitt arbeid, uten å ha videre kunnskap innen en standardisert strukturert metode å samhandle med disse etter sin utdanning.</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å se hvordan kognitiv tilnærming vil hjelpe sykepleiere i samhandling med pasienter med depresjon. Oppgavens hensikt vil også være å se hvordan sykepleiere kan bruke kognitiv tilnærming, og hvilke elementer fra kognitiv terapi som vil være mest relevant for sykepleiere.</p> <p>Metode: For å besvare problemstillingen i denne oppgaven, vil litteraturstudie anvendes som metode. Her vil vi benytte relevante søkeord, og kombinere dem i databasene Medline, Cinahl og PubMed.</p> <p>Resultat: Dette kapitlet består av resultater fra de fem vitenskapelige artiklene vi har valgt til oppgaven. Kognitiv tilnærming har sine fundamentale prinsipper fra kognitiv terapi, og vil hjelpe sykepleiere til å bedre kartlegge, kommunisere og samhandle med pasienter med depresjon. Aktiv brukerstyrte samtaler og sokratisk spørremetode er noen av elementene som blir dratt frem i forbindelse med dette.</p> <p>Konklusjon: Kunnskap om kognitiv tilnærming er et verdifullt verktøy for sykepleiere å inneha, ikke bare innen psykiatritjenesten. Sykepleiere i alle deler av helsevesenet vil kunne ha nytte av å inneha kunnskap om kognitiv tilnærming, for å bedre kunne imøtekomme og samhandle med mennesker med depresjon.</p>			

ABSTRACT

Title:	<u>Cognitive approach:</u> A tool for nurses in interaction with patients with depression	Date : 20.05.22
Authors:	<u>Kristoffer Taraldstad</u> <u>Rachel Kashafali</u> <u>Nina Le</u>	
Supervisor:	<u>Lisbeth Kjeldsrud Aass</u>	
Keywords	<u>Cognitive approach, Depression, Nursing care</u>	
Number of pages/words: 9854/36	Number of appendix: 1	
<p>Background: Depression is a relatively common disorder in Norway, and will according to the Norwegian Institute of Public Health affect about 20% of the population during through life, and 10% of the population each year. This means that nurses will have a high probability of meeting people with depression in their work, without having too much knowledge of a standardized structured method of interact with these people after their education.</p> <p>Purpose: The purpose of this article is to examine how cognitive approach will help nurses in interacting with patients with depression. Furthermore, to examine how nurses can utilize cognitive approach, and wich elements from cognitive therapy that will be of most relevance to nurses.</p> <p>Method: To answer the issue in this article, will literature study be applied as method. We will make use of relevant keywords, and combine them in the databases Medline, Cinahl and PubMed.</p> <p>Results: This chapter will consist of results from the five scientific articles we've chosen for this article. Cognitive approach has its fundamental principals from cognitive therapy, and will help nurses to better map, communicate and interact with patients with depression. Active patient-controlled conversations, and socratic questioning is some of the elements that's drawn forward in relation to this.</p> <p>Conclusion: Knowledge of cognitive approach is a useful tool for nurses to possess, not just within the field of psychiatry. Nurses in all parts of the health service will have good use of knowledge about cognitive approach, to better accommodate and interact with people with depression.</p>		

Innhold

1.0 Innledning	5
2.0 Teori	6
2.1 Depresjon	6
2.2 Kommunikasjon	6
2.3 Empowerment	7
2.4 Kognitiv terapi.....	7
2.4.1 Negative automatiske tanker.....	8
2.4.2 ABCD-modell for depresjon	9
2.5 Sykepleierens yrkesrolle	9
2.6 Hensikt og problemstilling	11
3.0 Metode.....	12
3.1 Kvantitativ og kvalitativ metode	12
3.2 Valg av metode relatert til problemstilling	12
3.3 Søkestrategi	13
3.4 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	14
Figur 3.4.1	14
Figur 3.4.2	15
3.5 Bomsøk.....	15
3.6 Etske vurderinger	16
3.7 Kildekritikk.....	16
4.0 Resultat	17
4.1 Pasientenes bakgrunn.....	17
4.2 Sykepleierens bakgrunn	18
4.3 Struktur	19
4.3.1 Gruppebasert terapiform.....	19
4.3.2 Individuell terapiform	20
4.3.3 Behandlingens varighet.....	20
4.4 Deltakernes egenoppgaver	21
4.5 Opplæring	21
4.6 Den kognitive terapiens kartleggende funksjon	22
4.7 Pasientenes subjektive opplevelse	23
4.7.1 Endret tankemønster	23

4.7.2 Forbedret mestringsfølelse.....	24
4.7.3 Forbedrede relasjoner	24
4.8 Sykepleierens tanker.....	25
4.8.1 Sykepleieres frykt.....	25
4.9 Terapiformens effekt ift. andre terapiformer.....	26
4.10 Monoterapi eller kombinert med medikamenter	26
5.0 Diskusjon.....	27
5.1 Deltakernes bakgrunn.....	27
5.2 Struktur	28
5.3 Pasientdeltakelse og initiativ	29
5.4 Opplæring	30
5.5 Den kartleggende funksjonen.....	31
5.6 Kognitiv terapi ift. andre terapiformer	32
5.7 Overførbarhet	32
5.8 Konklusjon.....	33
6.0 Referanser	34
7.0 Vedlegg	38
Vedlegg 1.....	38

1.0 Innledning

Depresjon vil ramme rundt 20 prosent av befolkningen i løpet av livet, og 10 prosent av befolkningen i løpet av ett år (Reneflot *et al.*, 2018). Dette betyr at depresjon er en relativt vanlig lidelse, som de fleste kommer til å møte i sitt arbeid som sykepleier, og er derfor relevant ift. teknikker ved samtale, samhandling med, og behandling av pasienter med depresjon. Det har også vært større søkelys på depresjon under covid-pandemien som et resultat av nedstenging og isolering. Det er tilsynelatende ingen fast struktur på hvordan man samhandler og kommuniserer med pasienter som lider av depresjon. Dette, i tillegg til pasientenes varierte bakgrunn, problematikk og personlighet, gjør at samhandling med pasienter med depresjon kan føles utfordrende for mange sykepleiere, både i primær- og sekundærhelsetjenesten.

Relasjonsbygging er også et aspekt ved pasienter med depresjon, som sykepleiere kan føle er vanskelig. Med en klarere struktur innen kommunikasjon, vil man også lettere kunne skape god relasjon med pasienten. Dette vil muligens også gjøre videre oppfølging av pasienten lettere, da pasienten vil være mer åpen i kommunikasjonen, føle en bedre form for trygghet, og kanskje være ærligere med sykepleier i forhold til sin problematikk. Dette inngår i den terapeutiske relasjonen sykepleieren skal bygge med sin pasient. Denne terapeutiske relasjonen er en av grunnprinsippene ved samtalebasert terapi, og viktig innenfor behandling av pasienter med depresjon (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). Samtalebasert behandling er en viktig del i behandlingen av pasienter med depresjon. Kognitiv terapi er en anbefalt modell for samtalebasert terapi som er mye forsket på (Norsk forening for kognitiv terapi, u.å. a). Derfor vil det være spennende å se på denne terapiens grunnleggende prinsipper, og hvordan bruken av disse kan hjelpe sykepleiere i behandling av pasienter med depresjon.

Ved en strukturert metode for kommunikasjon og samhandling, vil det muligens være lettere å få dekket pasientens psykososiale behov, og på den måten hjelpe pasienten ut av sin håpløshet. Sykepleiere i spesialisthelsetjenesten er ikke direkte terapeuter, men møter og samhandler med pasienter i avdelingen i spesialisthelsetjenesten. Derfor vil denne oppgaven utforske den kognitive terapiens grunnleggende prinsipper, som igjen kan brukes av sykepleiere til kognitiv tilnærming. Denne oppgaven er et resultat av et ønske om å ha en mer strukturert metode å benytte i kommunikasjon, relasjon og samhandling med pasienter med depresjon.

2.0 Teori

2.1 Depresjon

Depresjon er en stemningslidelse, og kjennetegnes av nedstemthet, mangel på glede og interesse, og lite energi. Nedsatt konsentrasjonsevne, nedsatt selvfølelse og skyldfølelse er også vanlige symptomer ved depresjon, samt suicidalitet. Håpløshet for fremtiden, følelse av å være verdiløs, tristhet er depresjonens fremste kjennetegn. (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018).

Depresjon deles i dag inn i depressiv episode og tilbakevendende depressiv lidelse. Når en tidligere frisk pasient får en nyoppstått depresjon, kalles dette en depressiv episode. Pasienten kan få flere slike depressive episoder med tidsmellomrom, og da kalles dette tilbakevendende depressiv lidelse (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018).

Det kan være flere grunner til at en pasient utvikler depresjon. Det kan være etter at pasienten har gjennomgått en stor påkjenning eller skuffelse, eller at han har opplevd noe som innebærer stor omstilling eller utfordring, også som av andre ikke blir ansett som negative hendelser. Det er også noen som utvikler depresjon uten at omgivelsene eller de selv forstår grunnen til at de føler seg nedfor (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018).

Depresjon deles inn i tre hovedgrupper, mild, moderat og dyp depresjon. Dette er relatert til graden av pasientens symptomer. Dype depressive episoder og tilbakevendende depressiv lidelse går ofte under samlebegrepet alvorlig depresjon. Vi vil i denne oppgaven bruke depresjon som et generelt samlebegrep for moderat og dyp depresjon. (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018).

2.2 Kommunikasjon

«Kommunikasjon innebærer utveksling av informasjon mellom to eller flere personer. Kommunikasjon er en type samhandling der to eller flere mennesker sender og mottar budskap, og der begge parter både presenterer seg selv og budskapet sitt og tolker andre» (Håkonsen, 2014, s.229). God kommunikasjon innebærer at sykepleieren viser respekt for den enkelte person, og dens menneskerettigheter, samt omsorg i henhold til norske yrkesetiske retningslinjer (Eide og Eide, 2007). Måltrettet kommunikasjon er et viktig hjelpemiddel for både sykepleier og pasient for å skape en god relasjon, men også for sykepleieren til å få nyttig informasjon om pasienten.

2.3 Empowerment

Empowerment er et humanistisk menneskesyn, hvor en ser mennesket som et handlende og aktivt individ (Askheim, 2015). Det innebærer at du alltid skal legge til rette for at pasienten skal ha best mulig oversikt over, og størst mulig innflytelse på, alt som angår ham eller henne. Pasienten bør selv kunne styre og mestre sitt eget liv i størst mulig grad. Det betyr ikke at pasienter skal bestemme over helsepersonell, men at de skal kunne påvirke beslutninger som angår dem selv. Da må de kunne være aktive deltakere og få være med på å planlegge, utforme, utøve og vurdere tjenestetilbudet de får.

2.4 Kognitiv terapi

Kognitiv terapi ble utviklet av den amerikanske psykiateren Aron Beck i 1967. Den ble opprinnelig utviklet for deprimerte pasienter, men kan også anvendes på andre psykiske lidelser (Hummelvoll, 2018). Det har vært forsket mye på virkningen av kognitiv terapi. Den har en lett og forståelig oppbygging, samt klare rammer. Denne oppbygningen gjør kognitiv terapi tilgjengelig for kontrollerte studie, og den har vist seg effektiv ved en rekke problematiske tilstander (Berge og Repål, 2015). Ved depressive lidelser er resultatene minst like bra ved kombinert behandling som består av kognitiv terapi og medikamenter, som ved medikamentell terapi. Medikamentell terapi syns vanligvis ikke å ha bedre effekt enn kognitiv terapi alene, men ved alvorlig og kronisk depresjon ser det ut til at kombinert behandling kan gi bedre effekt (Berge og Repål, 2015). Kognitiv terapi er strukturert og målrettet, og det legges vekt på et aktivt samarbeid mellom pasient og terapeut.

Målet ved kognitiv terapi er problemløsning og mestring av livsbelastninger, kombinert med endring av tenkemåter som bidrar til problemet. Terapeuten presenterer innledningsvis begrunnelse for og hovedprinsippene i behandlingen, og søker å knytte den opp mot de spesielle problemene pasienten opplever i sin hverdag (Berge og Repål, 2015). Målet er å lære personen å identifisere og endre tankemønstre for å skape en ny måte å bedømme situasjoner, og endre sin egen atferd (Repål, u.å.).

Det benyttes spesifikke teknikker for å identifisere og endre tankemønstre som man mener opprettholder lidelse. Disse lidelsene vil man videre behandle. Dette er grunnen til at kognitiv terapi har en pedagogisk tilnærming (Skårderud, Haugsgjerd og Stamicke, 2018). Målet er å

bryte selvforsterkende onde sirkler som opprettholder psykiske helseproblemer. Det gjøres ved å kartlegge vanskelige situasjoner, og utforme aktiviteter som gir økt selvtillit og energi. Å utforske eventuell endring av negative tankemønstre, stimulering til økt sosial kontakt og forebygging av tilbakefall gjøres også for å kunne identifisere pasientens problemer (Norsk forening for kognitiv terapi, u.å. a). Det skal bidra til at pasienten i større grad er i stand til å gi seg selv bekreftelse, støtte, forståelse og trøst. Samtidig behersker pasienten i større grad å involvere seg i og bruke sitt sosiale nettverk (Norsk forening for Kognitiv Terapi, u.å. b), slik at den kan bryte sine negative automatiske tanker som opprettholder psykiske helseproblemer (Berge og Reål, 2015). Forebygging av tilbakefall ved depresjon er en integrert del av den kognitive terapien. Én av terapiens sentrale oppgaver er å kartlegge tidlige signaler i form av risikosituasjoner for tilbakefall, og deretter lage en plan om hva som skal gjøre for å møte disse utfordringene (Berge, Ekelund og Skule, 2008).

Kjerne i kognitiv terapi er at man kontinuerlig velger ut informasjon, og tolker denne informasjonen. Ulike følelser er knyttet til bestemte tanker, og derfor vil det man velger, og hvordan man velger å tolke det være avhengig av tidligere erfaringer og de forventningene man har i den aktuelle situasjonen, altså de tankene en har om en bestemt hendelse. Disse tankene vil påvirke hvilke følelser som oppleves av pasienten (Repål, u.å.). Dette forklarer hvorfor to personer kan reagere helt forskjellig på den samme hendelsen (Berge og Repål, 2010). Depresjon er forbundet med tanker om feil eller tap, verdiløshet, meningsløshet eller håpløst, og derfor er kognitiv terapi en god behandlingsform (Repål, u.å.)

2.4.1 Negative automatiske tanker

Negative automatiske tanker er spontane tanker, som ofte vil innebære en overvurdering av muligheten for alvorligheten av en fryktet hendelse. (Berge og Repål, 2010). De kan komme i form av forestillingsbilder og assosiasjoner som utløses i en bestemt situasjon. De er en del av vår indre samtale, men er ofte så kortvarige, ureflekterte og vanskelige å huske at vi ofte ikke er dem bevisst (Kognitiv, 2014). Kognitiv terapi er en god øvelse i indre samtale der pasienten videreutvikler evnen til å utforske egne tanker og å sette spørsmålsteget ved fastlåste tankemønstre (Berge og Repål, 2010).

2.4.2 ABC-modell for depresjon

For å forandre negative tankemønstre er det ofte nødvendig med systematisk arbeid, dette arbeidet kan ta utgangspunkt i følgende modell:

- A. Hva er situasjonen?
- B. Hvilke tanker eller bilder farer gjennom hodet?
- C. Hvilke følelser dukker opp og hvordan reagerer kroppen?

I gjennomgangen av eksempler fra pasientens eget liv, kan man utdype hva ABC-modellen innebærer og hvordan den kan brukes. Pasienten kan bruke modellen som beskrevet over til å identifisere negative tolkninger og lære å utfordre tanker som er ubegrunnede, fordreide eller lite hjelpsomme. Videre er det viktig å gi råd for hvordan pasienten konkret kan gå frem (Berge og Repål, 2015)

Kjernen i kognitiv terapi ved depresjon er å hjelpe pasienten til å bli mer bevisst på negative tanker og forestillingsbilder, og hvordan disse påvirker sinnstemning og energinivå. Terapeuten er aktiv i samtalen, den Informerer, forklarer, gir råd og stiller mange konkrete spørsmål. I kognitiv terapi skal pasienten være informert og forberedt (Berge og Repål, 2015). Pasienten skal vite om denne terapiformens karakter, kjenne til de viktigste begrepene, og ha en forståelse for hvordan tanker kan påvirke våre følelser. I terapien får pasienten hjelp til å fremstå som en aktiv problemløser og medarbeider, og du er i en aktiv dialog med pasienten hvor du informerer, forklarer, gir råd og stiller konkrete spørsmål (Berge og Repål, 2015). Det er viktig med den terapeutiske alliansen. Kjernen i allianse er i hvilken grad pasient og terapeut er involvert i et samarbeidende og målrettet arbeid (Berge og Repål, 2015).

2.5 Sykepleierens yrkesrolle

“Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleie-praktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 2001. s29).

Helsepersonelloven, som er sykepleierens profesjonslov, påpeker at sykepleieren har et selvstendig ansvar for sykepleiefunksjonen i helsetjenestene. Sykepleiefunksjonen består av

helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og miljøterapeutiske sykepleietiltak (Molven, 2006). I rammeplan for sykepleierutdanningen blir det presisert at sykepleiere skal fremme helse, og forebygge sykdom hos de friske og utsatte gruppene i befolkningen. Videre kreves kunnskap om sammenhenger mellom helse og sykdom, i et individ- og samfunnsperspektiv (Kunnskapsdepartementet, 2008). Det vil si å forstå og oppdage risikofaktorer for deretter å sette i verk faglige forsvarlige tiltak som skal bidra til helse og velvære. Faglig forsvarlig sykepleie krever kunnskap om hvordan sykdom påvirker mennesker individuelt, og sykdommens betydning for livskvalitet, velvære, håp og mestring. Videre har sykepleier ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende, med respekt for det enkelte menneskets liv og verdighet (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Det er viktig med en helsefremmende undervisning i sykepleie. Helsefremmende undervisning innebærer langt mer enn å innta rollen som fortolker av legens informasjon og formidle nødvendig informasjon til pasienten. Kjernen i en helsefremmende undervisning er, om nødvendig, å hjelpe syke mennesker til å finne mening i sykdommen, og i de tiltakene som må settes i verk for å bevare helsen og kontrollere symptomene. Helsefremmende undervisning er også å bistå syke mennesker med å finne mening i selvfornektelsene og ofrene de må gjøre for å bevare helsen (Travelbee, 2001).

Det er viktig at man som sykepleier er seg selv, ekte og nær i møte med pasienter, som videre vil skape et grunnlag for betydningsfulle møter. Dette krever empati, innlevende forståelse, og det er helt grunnleggende ved utøvelse av sykepleie. Videre blir det presisert at det viktigste er å bli forstått, men at empati kan styre forståelsen (Hummelvoll, 2018). Empati er et sammensatt begrep med både kognitive, emosjonelle og kommunikasjonsmessige aspekter. Det handler om evnen til å kunne oppfatte presist den andres subjektive verden (Hummelvoll, 2018). Empati dreier seg også om å forstå den andres perspektiv, føle den andres følelser, også det den ikke kan sette ord på, samt å formidle sin forståelse av den andre tilbake til pasienten. Empati er viktig i terapi fordi det stimulerer til pasientens evne til selvempati, videre også evnen til selvmedfølelse, selvbekreftelse og egen støtte, samt bedre behandlingsresultater (Berge og Repal, 2010). Empati henger sammen med tillit. Om pasienten ikke stoler på at sykepleieren utøver nødvendig kunnskap, og betviler sykepleierens kompetanse, kan dette skape konflikter. Dette kan gi negative konsekvenser, og derfor kreves det også avklaringer av det gjensidige ansvar- og medarbeiderforhold. Videre har også pasienten rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen (Molven, 2006). Å tro på at andre vil en vel, er avgjørende for vekst og modning. Det understrekes at tillit er en nødvendig betingelse for all god omsorg, ikke minst i psykisk helse- og sosialt arbeid (Hummelvoll, 2018).

2.6 Hensikt og problemstilling

Kognitiv terapi er en behandlingsform som vanligvis gjennomføres av spesialsykepleiere. Likevel er det forespørsel fra sykepleiere om veiledning og undervisning fra DPS-er og psykiatriske avdelinger. Denne forespørselen har økt i senere tid. Kognitiv tilnærming er en måte å jobbe på som også passer utmerket for sykepleiere, fordi metoden er anvendelig både i forhold til kommunikasjon, samt det å gi struktur og orden i en kaotisk tilværelse for pasienten (Hallberg og Ørbeck, 2009). Det viser seg at deprimerte pasienter har 50% færre tilbakefall etter å ha vært gjennom kognitiv terapi, enn ved behandling med antidepressiv medikasjon (Berge og Repål, 2010). Vår erfaring fra praksis er at sykepleiere har et personlig ansvar for administrering av medikamenter, men siden de også observerer og har samtaler med pasienter. Det kan derfor være flere elementer fra kognitiv terapi som sykepleiere generelt kan ha nytte av i behandlingen av depresjon. Det skal det også være rom for tverrfaglig samarbeid mellom individualterapeuter og sykepleiere. Enkelte mener at kognitiv terapi ikke skal utøves av andre yrkesgrupper enn psykologer og leger, og derfor vil vi se om kognitiv terapi har elementer som kan benyttes av sykepleiere (Hallberg og Ørbeck, 2009).

Hensikten med denne oppgaven er å se nærmere på hva forskning og annen litteratur sier om hvordan sykepleier kan bruke elementer fra kognitiv terapi i samtaler og behandling av pasienter med depresjon. Oppgaven vil også utforske hvordan dette fungerer i praksis. Vi har en hypotese om at sykepleiere som bevisst bruker elementer fra kognitiv terapi i samhandling med depresjon pasienter oppnår bedre resultater i behandlingen enn om man ikke gjør det, og dette skal diskuteres videre i oppgaven.

På bakgrunn av våre erfaringer og opplevelser ønsker vi å se nærmere på følgende problemstilling:

“Hvordan hjelper bruk av kognitiv tilnærming sykepleiere i samhandling med pasienter med depresjon i spesialhelsetjenesten?”

3.0 Metode

«Metode er den systematiske fremgangsmåten, som kan benyttes til å innhente relevant informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thidemann, s. 74, 2019)». Metoden hjelper oss med å samle inn informasjon vi trenger for å belyse vår problemstilling hvordan sykepleiere bedre kan samhandle med pasienter med depresjon (Dalland, 2020).

3.1 Kvantitativ og kvalitativ metode

Det er vanlig å dele metode inn i kvantitativ og kvalitativ metode. Både kvantitativ og kvalitativ metode bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2020). Får å finne ut hvilken metode som egnet seg best til oppgaven vår måtte vi se på fordeler og ulemper med begge metodene. Vi fant ut at den kvantitative metoden har fordeler som å gi data i form av målbare enheter og tall. Målbare enheter er harde og objektive data, altså eksakt faktakunnskap. Kvalitativ forskning identifiserer fakta knyttet direkte til problemet. Den kvantitative metoden går i bredden og undersøker det som er felles representerende (Thidemann, 2019). Andre fordeler med den kvantitative metoden er at den er objektiv ved at forskeren definerer hva som studeres, den er kontrollert og pålitelig. I oppgaven bruker vi likevel kvalitativ metode fordi vi vil fange opp menneskelige egenskaper som meninger og opplevelser, som ikke lar seg tallfestes eller måles. Vi ønsker å få en dypere forståelse av forskningsartiklene, og derfor er kvalitativ metode relevant for å belyse problemstillingen på best mulig måte. Dette fordi vi skal se nærmere på forskernes personlige observasjoner og ikke på det objektive ved at forskerne identifiserer hva som studeres. Ulempen med metoden er at den er ukontrollert og subjektiv og kan ikke måles ved validitetstester. Videre kan vi også begrunne hvordan våre erfaringer og opplevelser kan påvirke hvordan vi tolker forskningsartiklene (Dalland, 2020).

3.2 Valg av metode relatert til problemstilling

Metoden som er brukt i oppgaven er en systematisk litteraturstudie. I motsetning til empirisk studie som er basert på observasjoner eller spørreundersøkelser, er litteraturstudie basert på at vi bruker allerede produsert forskning i sammenheng for å løse vår problemstilling. Grunnet begrenset tid hadde vi heller ikke blitt ferdig med en empirisk studie i tide (Olsvik, 2021). Derfor

vil det være mer relevant for oss å stille forskningsspørsmål til litteraturen vi skal bruke, i motsetning til å intervju pasienter. Litteraturstudie systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Det skal gjøres et systematisk litteratursøk, for å få oversikt om hva som er relevant for problemstillingen og om forskningen er pålitelig. I oppgaven systematiserer vi ved å samle inn litteratur, går kritisk gjennom litteraturen og til slutt sammenfatte den i sin helhet. På denne måten kan vi velge litteratur som er relevant for å løse problemstillingen og hva vi ønsker å ekskludere (Thidemann, 2019).

3.3 Søkestrategi

Det var relevant å starte prosessen med å diskutere hvilken retning vi skulle vinkle problemstillingen vår. Etter hvert som vi ble enige om tema, måtte vi klargjøre hva vi skulle inkludere og ekskludere i søket. Dette er for å gjøre søket mer hensiktsmessig ut ifra fra det vi ønsker av kunnskap (Thidemann, 2019). For å identifisere søkeord og begreper som er nyttige å bruke i søket vårt, ble det lagt ned mye tid til prøvesøk med forskjellige emneord, tekstord og begreper. Vi brukte også *MeSH-ordbok* for å finne relevante emneord. Videre leste vi om teamet og funnet relevante emneord; *Depression, Cognitive therapy* og *Nursing care*. Vi organiserte emneordene og strukturerte søket ved å kombinere dem i databasene; PubMed, Medline og Cinahl. Ingen databaser dekker alt, men de overlapper og utfyller hverandre (Thidemann, 2019). På dette tidspunktet var vi åpne for at problemstillingen kunne endre seg, fordi det kunne være vi måtte bytte på emneord for å finne relevante artikler. På grunn av søkemotoren i de ulike databasene, var det enkelte emneord som ble litt forskjellige. Medline hadde *Cognitive Behavioral Therapy* i motsetning til *Cognitive Therapy*, og PubMed ville heller ha *Depressive Disorder* istedenfor *Depression*. Vi skulle også i utgangspunktet kun bruke artikler som har blitt utgitt de siste 10 årene, altså mellom 2012 og 2022. Dette fordi psykiatrien er et relativt «nytt» fagområde, og vi ønsket å finne forskning som var relevant til nåtid.

3.4 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Inklusjon- og eksklusjonskriterier blir presentert i figur 3.4.1.

Figur 3.4.1

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Pasienter med moderat til dyp depresjon	Eldre enn år 2000
Artikler	Andre språk
2012-2022	Pasienter under 18 år
IMRAD-struktur	Andre språk
Pasienter over 18 år	
Sykepleierperspektiv	
Primær- og spesialisthelsetjenesten	
Språk: Norsk eller engelsk	

Det var relativt stor variasjon i antall treff mellom hver database, som vist i figur 3.4.2. Den første delen av vår utvelgelsesprosess gikk ut på å lese artiklenes overskrifter. Deretter, leste vi sammendraget til de artiklene vi følte kunne passe ift. vår problemstilling. Etter dette, endte vi opp med å benytte artiklene til Cahill, Paley og Hardy (2013), Tanoue *et al.* (2018) og Brown og Reynolds (2014).

Tross mange treff i databasene, var det få artikler vi følte var relevant til vår problemstilling ut ifra det vi ønsket å skrive om. Vi valgte derfor å søke etter artikler som var gitt ut fra og med år 2000, og fant derav artikkelen til Calvert og Palmer (2003).

Artiklene vi valgte til denne oppgaven blir presentert nærmere i *vedlegg 1*.

Figur 3.4.2

Søkeord	Treff Medline	Treff Cinahl	Treff PubMed
1. Depression/ depressive disorder	140.927	76.316	58.640
2. Cognitive therapy/ cognitive behavioral therapy	34.143	18.530	78.294
3. Nursing care	140.017	111.314	306.395
4. 1 + 2 + 3	33	110	232
5. Psychiatry			347.856
6. 4 + 5			87

3.5 Bomsøk

Den siste artikkelen vi valgte i vår oppgave, Nance (2012), ble funnet ved en ren tilfeldighet, mens vi i utgangspunktet lette etter andre typer referanser og fagstoff til vår oppgave i *Google Scholar*. Vi har prøvd å søke etter artikkelen på de tre forskjellige databasene, men den kommer ikke frem ved emneordene vi i utgangspunktet hadde valgt. Vi fant den derimot i databasen PubMed ved å endre emneordet *Nursing Care* til *Nursing Role*.

3.6 Etiske vurderinger

Forskningsetikk er et område av etikken som har å gjøre med vurdering av forskning opp mot samfunnets normer og verdier (Dalland, 2020). Videre handler forskningsetikken om å ivareta personvernet og sikre at alle som deltar i forskningen, ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger. Forskningens mål er å vinne ny kunnskap, men innsikt må ikke søkes på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2020). Norsk senter for forskningsdata (NSD) med personvernombudet for forskning og De nasjonale forskningsetiske komiteene skal sammen sikre at forskningsetiske normer innen utdanning og forskning blir ivaretatt. Organisasjonene gir også råd og veiledning til studenter og forskere (Dalland, 2020). Det vil dermed også være relevant for å sikre at forskningen som er brukt i oppgaven er etisk vurdert og godkjent.

For å kunne vurdere en systematisk litteraturstudie må etiske overveielser benyttes. I forskningsartiklene vi har valgt i denne oppgaven er etiske overveielser vurdert, og det representeres i resultatdelen. Formålet med denne oppgaven er at våre analyser, vurderinger og konklusjoner kan være til nytte for oss og annet helsepersonell (Dalland, 2020). Derfor har vi prøvd å velge artikler som er vurdert av en etisk komité, for å kvalitetssikre informasjonen og at kriteriene er fulgt. Noen av kriteriene har med f.eks. ivaretagelse av anonymitet, taushetsplikt, samtykke, deltakeres rettigheter og informasjon (Dalland, 2020).

3.7 Kildekritikk

Etter hvert som vi begynte å analysere forskjellige teorier for vårt tema, oppdaget vi forskjellige utfordringer. I alle våre artikler er det klart at kognitiv tilnærming er et verktøy som bidrar til bedring av depresjon, men spørsmålet var om sykepleieren var den som skulle gjennomføre disse intervensjonene. Det var derfor en utfordring å finne artikler for problemstillingen vi hadde i utgangspunktet. Dette førte til at vi måtte endre fokus, fordi som sykepleierstudenter, ville vi ha kunnskap med sykepleieperspektiv. Likevel var det sykepleiere som var interessert, ønsket å lære mer, og så effekten av kognitiv tilnærming. Sent i prosessen begynte vi å reflektere over hvordan vi som studenter og sykepleiere arbeidet på vår arbeidsplass i psykiatrien, hvor vi arbeider med pasienter med depresjon. Vi oppdaget at det det ikke var noen klar struktur i samhandling med depressive pasienter generelt. Vi bestemte oss derfor for å bruke teorien om at kognitiv tilnærming vil bedre dette, fordi vi klarte å relatere oss til problemstillingen.

I utgangspunktet var er et av våre inklusjonskriterier at forskningsartiklene skulle være fra år 2012 til 2022, men vi fant for få artikler som var direkte relevant ift. vår problemstilling. Vi bestemte oss derfor for å inkludere artikler fra år 2000-2022. Problemet med dette er at artikkelen er eldre enn vi i utgangspunktet ønsket, og at det har skjedd mye innen forskning siden artikkelen ble skrevet. Vi valgte likevel å ha med denne artikkelen, da den har en så stor relevans til vår problemstilling. Artikkelen handler også om subjektive opplevelser av behandlingsformen, noe som i utgangspunktet har lavere sannsynlighet til å ha endret seg siden artikkelen ble skrevet. Depresjon kommer i alle aldre, og av ulike årsaker. Selv om vi skriver generelt om depresjon, valgte vi å ekskludere pasienter under 18 år.

I denne oppgaven har vi også valgt å ta med artikkel vi fant ved "bomsøk". Dette er ikke helt gunstig, da det vil være noe vanskeligere å finne igjen artikkelen ved strukturert søk. Søkeresultatene fremvist i figur 3.1 gjør også at det vil være vanskeligere å finne artiklene ved strukturert søk. Dette fordi vi endte opp med så mange treff som vi gjorde, og ikke klarte å redusere antall treff og fortsatt finne alle artiklene vi bruker.

4.0 Resultat

4.1 Pasientenes bakgrunn

De deltakende pasientene i studiene vi har valgt, har veldig ulik bakgrunn, problematikk og alder. Likheten mellom disse pasientene er derimot at depresjon er deres hovedproblem.

I Nance (2012) bestod deltakerne av eldre kvinnelige pasienter med depresjon. Disse pasientene var mellom 60 og 80 år, og noen var skilt eller enker. Flere av deltakerne hadde også én eller flere kroniske sykdommer. Disse deltakerne hadde også trøblete forhold eller konflikt med sine nære relasjoner, og noen hadde hatt en voldelig barndom. De fleste av deltakerne hadde også opplevd én eller flere ting som var av høy stressfaktor innen de siste to årene.

I Tanou *et al.* (2018) bestod de deltakende pasientene av personer i alderen 18 til 65 år, med moderat depresjon som hoveddiagnose. Disse pasientene hadde fått sin diagnose fra sin faste psykiater før studien, og måtte ha samtykke fra psykiateren for å delta i studien.

I Brown og Reynolds (2014) var de deltagende pasientene mødre med postnatal depresjon. Disse pasientene ble fulgt opp av en kommunal sykepleier eller jordmor. Pasientene var ikke tilknyttet psykiatrisk helsevern, men ble fulgt opp av nevnte jordmor eller sykepleier. Denne oppfølgingen var allerede implementert etter fødsel, så postnatal depresjon var ikke hovedårsaken til oppfølgingen.

Calvert og Palmer (2003) baserte sin studie på krisevurderingen hos pasienter med depresjon. Pasientene som her blir beskrevet, er i et tidlig stadium av psykiatrisk oppfølging, men kan ha hatt depresjon over tid. Krisevurderingen blir satt som fokus for å finne hver enkelt pasients bakgrunn, og det blir ikke gitt noen mer konkret forklaring av bakgrunn annet enn at de har blitt fanget opp av psykiatrisk helsevesen grunnet forverring av sykdom.

Cahill, Paley og Hardy (2013) sin studie baserte seg på pasienter som hadde hatt diagnosen depresjon over lengre tid. Pasientene hadde hatt problemer med depresjon og angst i en så stor grad, at det hadde en svært negativ effekt på deres egne liv. Gruppen med pasienter som mottok kognitiv terapi, hadde hatt sammenhengende problemer med dette i en gjennomsnittlig varighet på 4 år. Pasientene som mottok psykodynamisk interpersonell terapi, hadde hatt disse problemene i en gjennomsnittlig varighet på 11 år.

4.2 Sykepleierens bakgrunn

Studien til Nance (2012) ble gjennomført av sykepleiere uten tidligere erfaringer innen kognitiv terapi. De hadde heller ingen erfaringer ift. å lede gruppebaserte møter. De fikk opplæring i forkant av studien innen kognitiv terapi, og veiledning for hvordan de skulle arbeide som gruppeledere.

I studien til Tanoue *et al.* (2018) hadde deltagende sykepleiere allerede en del erfaring innen psykiatri. De hadde et minimum av 5 års klinisk erfaring, og minimum 2 års opplæring og/eller praktisk erfaring innen bruken av kognitiv terapi. De var derfor veldig godt kjent med terapiformen, i forkant av studien.

Calvert og Palmer (2003) baserer sin studie på sykepleiere som jobber innenfor psykiatrien, og møter pasienter med depresjon i sitt vanlige arbeid. Forfatterne legger vekt på at sykepleierne ofte møter pasienter med akutte forverringer av sin depresjon, og pasienter i krise. Det blir skrevet om både sykepleiere som kan å anvende kognitiv terapi, og sykepleiere som ikke har

noe bevisst forhold til denne terapiformen. Eksempelet som blir skrevet i artikkelen, er hentet fra samtale mellom en pasient og sykepleier, hvor sykepleier har tidligere kunnskap og trening i bruken av kognitiv terapi.

Studien til Cahill, Paley og Hardy (2013) bestod av både psykiatriske sykepleiere og kliniske psykologer. Sykepleierne ble opptrent i psykodynamisk interpersonell terapi, mens psykologene fikk opplæring i kognitiv terapi. Sykepleierne hadde tidligere erfaringer innen psykiatrisk arbeid, og hadde erfaringer ift. å lede terapeutiske møter og veiledning.

Sykepleierne i Brown og Reynolds (2014) består av sykepleiere uten direkte psykiatrisk bakgrunn eller direkte psykiatrisk-faglig erfaring. De er sykepleiere og jordmødre på kommunalt nivå, som står for oppfølgingen av mødre etter fødsel. Tross at disse sykepleierne ikke har direkte psykiatriske oppgaver, er det disse som møter pasientene med postnatal depresjon først i helsevesenet. Psykiatri er derfor et fagfelt de kan risikere å møte i sin hverdag.

4.3 Struktur

Nance (2012) og Tanoue *et al.* (2018) undersøkte gruppebaserte terapitimer. Disse gruppene bestod av tre til åtte deltakere. Calvert og Palmer (2003), Cahill, Paley og Hardy (2013) og Brown og Reynolds (2014) undersøkte individuell behandling med enkeltdeltakere, hvor møtene var mellom enkeltpasienter og sykepleier.

4.3.1 Gruppebasert terapiform

Nance (2012) dro frem deltakernes følelse av samhold i gruppebaserte terapitimer. Den støtten de fikk fra andre deltakere under behandlingen, hadde god effekt ift. bedring ifølge deltakerne selv. Deltakerne i denne studien var eldre kvinner som led av moderat depresjon, og totalt sett følte de behandlingen hadde god effekt. Deltakerne beskrev at det å være flere med like utfordringer i gruppe, var et positivt element ved behandlingen, da de ikke følte seg alene i like stor grad som de hadde gjort før behandlingen. De sa også det var lettere å tilegne seg logiske tanker rundt egen problematikk når de fikk reflektert sammen med andre, i motsetning til kun å ha emosjonelle negative tanker. Selv om gruppebasert terapi ble godt mottatt av deltakerne i

studien til Nance (2012), kom det frem at de ønsket seg mindre grupper, for at hver enkelt deltaker kunne få mer tid til å snakke om sine problemer. Gruppene i denne studien bestod av seks til åtte deltakere.

I Tanoue *et al.* (2018) var gruppetimene gjennomført med færre deltakere. De syntes selv dette var en positiv ting, og ga tilbakemelding om at grupper på tre til fire deltakere var fint. Dette, kombinert med timenes varighet på 90 minutter, var ifølge deltakerne tilfredsstillende, og de selv dette resulterte i behandlingens gode effekt. Tanoue *et al.* (2018) tar også opp poenget med at dropout-raten for individbasert kognitiv terapi er på 42%, mens den er adskillig mindre for gruppebasert terapi, som er 17%.

4.3.2 Individuell terapiform

Brown og Reynolds (2014) har i sin artikkel skrevet om individuelle hjemmebesøk hos mødre med postnatal depresjon. Hjemmebesøkene ble utført av sykepleiere med opplæring i kognitiv terapi. Sykepleierne i studien følte de fikk en bedre relasjon til pasientene ved målrettet kommunikasjon gjennom kognitiv terapi. De mente også at individuelle samtaler med pasienter og bruk av elementene fra kognitiv terapi viste god effekt i forhold til bedring av depresjon.

Studien til Calvert og Palmer (2003) var også basert på individuelle samtaler mellom sykepleiere og pasienter. I denne studien blir det lagt frem en konkret transkribering i møtet mellom en sykepleier og en pasient. Her ser man konkret hvordan sokratisk utspørring fungerer i praksis, og hvordan dette hjelper pasienten til å endre sitt tankefokus.

Cahill, Paley og Hardy (2013) beskriver ikke konkret hvilken struktur som blir brukt ift. de to forskjellige terapiformene de drar frem. De beskriver i studien to «grupper» som mottar de forskjellige terapiformene, og det blir naturlig å tolke dette som at deltakerne mottok terapien individuelt.

4.3.3 Behandlingens varighet

Både for individuell og gruppebasert terapi, blir kontinuitet tatt opp som et viktig element. Kognitiv terapi er et verktøy som går over en lengre tid, og det vil ikke ha tilstrekkelig effekt ved

kun en time (Tanoue *et al.*, 2018). I denne studien gikk behandlingen over seks uker, med en time på 90 minutter hver uke. Behandlingen i studien til Nance (2012) gikk over tolv uker, med en gruppetime pr. uke. Timene varte også her i utgangspunktet i 90 minutter, men på grunn av at deltakerne følte dette ble for liten tid, ble lengden endret til to timer pr. gruppetime.

4.4 Deltakernes egenoppgaver

Flere av artikkelforfatterne legger vekt på pasientenes egenarbeid utenfor terapitimene. Dette være seg mestringsstrategier, samt det å jobbe med egne tanker. Andre egenoppgaver som ble nevnt, var også det å lese seg opp på diagnosen depresjon, samt lese om kognitiv terapi. Dette gjaldt både for både gruppebasert og individuell behandling. (Nance, 2012; Tanoue *et al.*, 2018).

I Nance (2012) ble deltakerne instruert i å gjennomføre «hjemmelekser» mellom hvert møte. Forfatteren av denne studien fant ut at flere av deltakerne gjennomførte disse egenoppgavene utenfor der de skulle ha møtet, ofte like før møtene. Det viste seg også at deltakerne ofte ville kopiere hverandres egenoppgaver, også de som var ment som personlige oppgaver.

I studien til Tanoue *et al.* (2018) var hjemmelekser også en sentral del av behandlingen. Deltakerne fikk hjemmelekser etter hver time, og den ble gjennomgått som en del av programmet ved neste time.

4.5 Opplæring

Flere av studiene vi har valgt, har basert seg på sykepleiere uten tidligere opplæring eller spesialisering i kognitiv terapi. I studien til Nance (2012) fikk de deltakende sykepleierne 30 timers opplæring i terapiformen, i forkant av gjennomføring. Sykepleierne selv syntes denne opplæringen var tilfredsstillende ift. å gjennomføre strukturerte gruppetimer med pasienter, men de ønsket litt mer erfaring og opplæring dersom de skulle klart å anvende terapiformen på en mer fleksibel måte.

I studien til Tanoue *et al.* (2018) ble gruppetimene ledet av sykepleiere med minimum fem års klinisk erfaring, og minimum 2 år med treningserfaring innen kognitiv terapi. Dette gjorde at

sykepleierne ikke fikk noen videre opplæring i forkant av studien. Tilbakemeldingen i etterkant av studien, var at det var en klar parallell mellom tilstrekkelig trening i kognitiv terapi og studiens positive resultater.

I Brown og Reynolds (2014) gis det ingen konkret beskrivelse på hvor mye opplæring de deltakende sykepleierne har fått i forkant av studien. Det står derimot i teksten at de deltakende sykepleierne har noe variert erfaring innen kognitiv terapi fra før. To av de deltakende sykepleierne hadde omfattende trening innen kognitiv terapi, men det gis ingen mer konkret beskrivelse. Den treningen de mottok før studien, var nok til at sykepleierne kunne forklare den kognitive terapiens fundamentale prinsipper. De viste derimot ikke full forståelse for den kognitive terapiens mekanikk. I etterkant av studien viste det seg at sykepleierne hadde motivasjon til å bruke dette verktøyet videre, og på denne måten lære seg mer rundt kognitiv terapi.

4.6 Den kognitive terapiens kartleggende funksjon

Kognitiv terapi er et kartleggende verktøy, og kan brukes for å mer sikkert og effektivt kartlegge pasienters tanker og problemer. Ved å bruke den kognitive terapiens elementer, kan sykepleiere lettere kartlegge depresjon-pasienters problemer, for å finne ut hva som skal til for å hjelpe pasientene (Calvert og Palmer, 2003). Den kognitive tilnærmingen til pasientene gjør det også lettere for sykepleieren å vurdere evt. risikoer som suicid, da kommunikasjonen er konkret og rett frem (Calvert og Palmer, 2003). Konkrete spørsmål og oppsummeringer av hva pasienten har sagt, gjør at sykepleiere kan være mer sikre på at de har forstått pasientens problemer og tanker riktig, og pasienten føler mer trygghet ift. den er sikker på at sykepleieren har forstått det som har blitt sagt riktig.

Det å kartlegge pasientenes forventede resultat av behandlingen de mottar, er også et viktig element i bruken av kognitiv tilnærming. Dette da det faktiske resultatet av behandling er relatert til pasientens forventede resultat (Tanoue *et al.*, 2018). Pasienter som forventer bedring og er åpne for samtaleterapi, viser også god bedring under terapien.

4.7 Pasientenes subjektive opplevelse

I Nance (2012) dro pasientene frem personlig vekst, endring av sine negative tankemønster og forbedring ift. deres sosiale og nære relasjoner som et resultat av kognitiv terapi. Her snakker pasientene også om et endret tankemønster som en positiv effekt av behandlingen. I Calvert Og Palmer (2003) legges det særlig vekt på at pasienten klarer å se på sin problematikk med et mer logisk syn. I Tanoue *et al.* (2018) ga pasientene som fullførte programmet en tilbakemelding om generell bedring av depressive symptomer. Pasientene i studien til Cahill, Paley og Hardy (2013) nevner inkludering, beroligelse og problemavklaring som de mest fremtredende effektene av behandlingen. I denne studien blir også økt evne til problemløsning nevnt ift. kognitiv terapi.

4.7.1 Endret tankemønster

Endret tankemønster blir trukket frem i artikkelen til Calvert og Palmer (2003). Når pasientene fikk hjelp til å se på sine egne tanker og følelsesmessige reaksjoner på en mer logisk måte, hjalp det dem også til å aktivt reflektere over og endre sine negative tanker. Når pasienter får hjelp til å se på sine tanker og følelser på en mer logisk og rasjonell måte, mener forfatterne at dette gir dem et godt verktøy for å endre tankene til å bli mer realistiske, som også resulterer i lavere grad av håpløshet. Pasientene får både noe konkret å jobbe med, samt det å reflektere over sine problemer.

Endret tankemønster blir også dratt frem i studien til Nance (2012). Her blir dette sett på som et resultat av to faktorer, som er veiledningen deltakerne fikk av sykepleiere, samt refleksjonen og samtalene med de andre deltakerne i gruppen. Deltakerne så da at de ikke var alene med sine tanker, men at de i likhet med de andre deltakerne hadde urealistiske eller irrasjonelle tanker. Disse tankene var da mye av årsaken til deres depresjon. Deltakerne ga tilbakemelding om at de fikk bedre livskvalitet som et resultat av denne logiske tilnærmingen til deres egne tanker. Den gjensidige støtten fra de andre deltakerne, samt anerkjennelsen fra sykepleieren ift. sine tanker og følelser, var hovedårsaken til hvordan de klarte å endre sitt tankemønster. Dette i seg selv var en av hovedårsakene til pasientenes bedring.

4.7.2 Forbedret mestringsfølelse

Deltakerne i flere av studiene la vekt på økt mestringsfølelse. I Nance (2012) trakk deltakerne dette som ett av hovedpunktene ved terapien. Gruppeformatet var nevnt som hovedårsak, men også den kognitive terapiens veiledende funksjon var en årsak. Pasientene fikk flere verktøy de kunne bruke for å overkomme forskjellige oppgaver og problemer, og når disse verktøyene fungerte, resulterte det i bedret mestringsfølelse.

Cahill, Paley og Hardy (2013) fant, som tidligere skrevet, økt evne til problemløsning for pasienter som mottok kognitiv terapi. Dette resulterte videre til høyere grad av mestringsfølelse. Økt mestringsfølelse blir trukket frem her ift. økt grad av problemløsning. Tanoue *et al.* (2018) drar også frem at behandlingens resultat er avhengig av pasientenes forventninger til behandlingen. Der behandlingen møtte disse forventningene, økte også graden av mestringsfølelse for pasientene. Dette, samt det å gjennomføre behandlingen, og se resultatet av dem, førte til behandlingens gode effekt.

4.7.3 Forbedrede relasjoner

Forbedrede sosiale relasjoner nevnt i studien til Nance (2012). Flere av deltakerne her ga tilbakemelding om at de kognitive gruppetimene hadde resultert i bedre sosiale relasjoner. Disse deltakerne relaterte dette til treningen de fikk ift. at gruppen bestod av flere personer med samme problematikk som dem selv, og at deltakerne sammen reflekterte rundt dette problemet. Deltakerne fikk på denne måten flere synspunkter ift. dette problemet, som videre introduserte tanker fra flere personer om hvordan man kunne overkomme dette. Det at terapien var gjennomført i grupper, gjorde også at deltakerne fikk mer trening på det å være rundt andre mennesker i et mer kontrollert miljø.

Forbedret forhold til nære relasjoner blir også nevnt i Nance (2012). Her kommer det frem noe av det samme som nevnt i forbedrede sosiale relasjoner. Deltakerne syntes det å snakke med andre som hadde like problemer, gjorde det lettere å reflektere over sine egne. Sammen kunne deltakerne ved hjelp av sykepleieren reflektere over problemene, samt komme frem til forskjellige løsninger de videre kunne prøve.

4.8 Sykepleiernes tanker

Som nevnt tidligere, ga sykepleierne i studien til Brown og Reynolds (2014) tilbakemelding om at kognitiv terapi var et verktøy de ville lære mer om, og fortsette å bruke i praksis.

Sykepleierne syntes dette var et godt verktøy å ha med seg, og det gjorde samtaler og arbeid med depresjon-pasienter lettere og mer forutsigbart. De ga uttrykk for at det å ha et konkret verktøy å jobbe ut ifra, gjorde noe som i utgangspunktet følte litt ukjent, mer overkommelig. De trakk også paralleller mellom den kognitive terapiens fundamentale elementer, og grunnelementene i utøvelse av sykepleie. Sykepleierne mente også at deres opplæring innen kognitiv terapi ville resultere i langsiktige kostbesparelser og tidsbesparelser. De argumenterte med at færre pasienter kom til å begynne med medikamenter ift. postnatal depresjon, og at dette på sikt ville spare både pasientene og helsevesenet penger. De mente også at siden de som førstelinje kunne yte hjelp ift. kognitiv terapi, ville pasienter slippe å vente for å komme inn til psykolog eller annet psykiatrisk helsevesen, noe som igjen ville resultere i tidligere intervensjon, og økt sannsynlighet for bedring.

Sykepleierne i studien til Nance (2012) mente som tidligere skrevet at de med mer opplæring kunne bruke kognitiv terapi på en mer fleksibel måte. De følte derimot både en personlig og profesjonell vekst under studien. Kunnskapen de fikk gjennom terapiformen, samt deltakernes historier og deltakelse, gjorde at de selv følte de ville jobbe med å bli bedre mennesker. De følte også på en takknemlighet ovenfor deltakernes entusiasme og deltakelse. Sykepleierne var alle nervøse i starten for å holde disse gruppetimene, men ble raskt mer selvsikre i sin jobb som gruppeledere.

4.8.1 Sykepleieres frykt

Sykepleieres yrkesidentitet blir tatt opp i artikkelen til Cahill, Paley og Hardy (2013). Denne studien baserer seg på sykepleiere uten psykiatrisk bakgrunn eller spesialisering som deltakere. Flere av disse ønsket ikke å bli identifisert som psykiatriske sykepleiere eller terapeuter, da de følte de ikke hadde nok kompetanse rundt dette. De mente videre at det å bli identifisert som terapeuter ville gi pasienter og andre mottakere av hjelpen et mer urealistisk syn på hvilken tjeneste de kunne motta. Dette gjorde at sykepleierne tenkte pasientene ville ha høyere forventninger til behandlingene enn sykepleierne kunne yte. I etterkant av studien følte sykepleierne derimot at opplæring og praktisk trening i møter med pasientene, ga dem litt

høyere selvbylde ift. kvaliteten på tjenestene de kunne yte. Sykepleierne ble nokså fort mer komfortable med utførelsen av behandlingsformen, men ønsket fortsatt ikke bli sett på som terapeuter. Ved å endre terminologien, ved for eksempel å kalle besøkene «lyttende besøk» i motsetning til «rådgivende besøk», førte dette til at sykepleierne var mer komfortable med sin nye oppgave. De mente det var viktig at de fortsatt ble sett på som sykepleiere, og ikke terapeuter, selv om de nå hadde mer mulighet til å hjelpe på en terapeutisk måte.

4.9 Terapiformens effekt ift. andre terapiformer

Cahill, Paley og Hardy (2013) ønsket å finne ut om det var noen forskjell på effekten mellom to ulike terapiformer. De valgte *kognitiv adferdsterapi* og *psykodynamisk interpersonell terapi*. Hovedmålet med studien var å se om terapiformene hadde forskjellig effekt, eller om de felles elementene i terapiene hadde lik effekt. De konkluderte med at terapiformen hadde noe ulik effekt, men disse forskjellene var så små at det var vanskelig å se noen klar fordel med den ene formen over den andre. De konkluderte med at terapienes felles hovedelementer var viktigere enn hvilken terapiform som ble valgt.

4.10 Monoterapi eller kombinert med medikamenter

Tanoue *et al.* (2018) hadde i sin studie fokus på at deltakerne som stod på medikamenter som antidepressiva, skulle fortsette å stå på dette under studien. Forfatterne registrerte evt. endringer som ble gjort hos hver enkelt pasient gjennom studien. Forfatterne fant ingen klar endring i pasientenes medisinerings under studien.

Cahill, Paley og Hardy (2013) drar frem i sin artikkel tidligere forskning som sier at psykoterapi har tilsvarende effekt som medikasjon alene. De drar også frem at ca. 80% av de som blir behandlet med psykoterapi, får det bedre enn de som ikke får noen form for behandling. Deltakerne i studien til Nance (2012) opplevde selv mild til moderat bedring etter behandlingen, uten medikasjon.

5.0 Diskusjon

Hensikten med denne oppgaven er å se hvordan bruken av kognitiv tilnærming kan hjelpe sykepleiere i samhandling med pasienter med depresjon.

5.1 Deltakernes bakgrunn

Forskningen vi har valgt å bruke i denne oppgaven, tar utgangspunkt i pasienter med forskjellig bakgrunn, alder og problematikk. De led derimot alle av depresjon, i en så stor grad at det påvirket deres liv på en negativ måte. Felles for pasientene var også at de bar på en følelse av håpløshet. Med tanke på at pasientene i de forskjellige studiene hadde så forskjellig bakgrunn, er det tydelig at depresjon er en sykdom som kan ramme alle. Depresjon i seg selv karakteriseres av en subjektivt negativ hendelse eller nedstemt over tid, men hovedtrekket er at mennesker med depresjon har en negativ oppfatning ovenfor sin livssituasjon, som dermed fører til en følelse av håpløshet (Berge og Repål, 2010). Depresjon vil ramme rundt 20% av befolkningen i løpet av livet, og ca. 10% av befolkningen har en form for depresjon i løpet av ett år (FHI, 2018). Det vil si at vi som sykepleiere har stor sannsynlighet for å møte på pasienter med depresjon, ikke bare innen psykiatrien.

I artikkelen til Nance (2012), har pasientene i tillegg til depresjon, en del aldersrelaterte somatiske sykdommer og plager. Dette i seg selv kan være noe av årsaken til hvorfor eldre mennesker kan oppleve depresjon. I likhet til eldre mennesker, kan yngre mennesker ha andre somatiske plager eller sosiale utfordringer, som ligger til grunn for depresjonen. Enten om det er nyoppstått sykdom som innebærer en stor forandring i livssituasjon, om det er en eller flere sykdommer som påvirker deres liv negativt, eller om det er gått så langt i sykdommen at pasienten opplever mye håpløshet knyttet til denne.

Sykepleierne i forskningen vi valgte, hadde også veldig forskjellig bakgrunn. Sykepleierne i Nance (2012) hadde ingen tidligere erfaring med kognitiv terapi, mens sykepleierne i Tanoue *et al.* (2018) hadde en del erfaring med terapiformen og arbeidsmetoden. Calvert og Palmer (2003) skrev om sykepleiere som hadde psykiatrisk erfaring, men ulik grad av kjennskap til kognitiv terapi. Cahill, Paley og Hardy (2013) skriver om både sykepleiere og psykologer som anvender terapiformen, og Brown og Reynolds skriver om sykepleiere uten direkte psykiatrisk bakgrunn, som heller ikke var kjent med terapiformen fra før.

Med denne sammensetningen av forskjellig kompetanse, ser man at de fleste sykepleiere kan lære og ta i bruk kognitiv terapi, om ikke i hvert fall de fundamentale elementene fra terapien. De aller fleste pasientene følte en form for bedring, og enkelte sykepleiere sa de selv også vokste profesjonelt og personlig (Nance, 2012).

5.2 Struktur

Artiklene vi valgte i denne oppgaven, hadde veldig forskjellig struktur på gjennomføringen av terapien. Nance (2012) og Tanoue *et al.* (2018) skriver om behandlingen ift. gruppeterapi. Cahill, Paley og Hardy (2013) Calvert og Palmer (2003) skriver om individuell behandling i klinisk sammenheng, og Brown og Reynolds (2014) skriver om individuell behandling i form av hjemmebesøk. Med dette kan man tenke seg til at kognitiv terapi er en veldig fleksibel terapiform, med tanke på at pasientene kan bli møtt på forskjellige arenaer.

Viktigheten av at terapiformen er designet til å gå over en periode, og ikke er effektiv kun ved enkelttimer, blir også tatt opp av flere av forfatterne i forskningen. Både Nance (2012) og Tanoue *et al.* (2018) har satt opp programmet over flere uker. Dette er viktig å være klar over både som pasient og sykepleier. Det er en behandlingsform, i likhet med andre behandlingsformer innenfor psykiatrien, som tar tid. Det kan også tenkes til å være likt når det gjelder kognitiv tilnærming. Relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier tar tid. Dette er av flere grunner, som for eksempel kjemien mellom pasient og sykepleier, eller i hvilken grad pasienten er åpen for relasjonsbyggingen (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018).

Ift. psykiatriske avdelinger i spesialisthelsetjenesten, er kanskje ikke den gruppebaserte formen passende i hverdagen. Når det er sagt, kan det være at pasienter oppholder seg i felles miljø, og kognitiv tilnærming kan være et godt verktøy å ha også her. Man har da en mer strukturert metode å tilnærme seg pasientene i felles miljø, som for eksempel kan hjelpe om det skulle oppstå konflikter pasientene imellom, eller mellom pasient og annet personale. Det er særlig fokus i kognitiv terapi at pasienter også skal utsette seg for ting som de kan føle ubehagelig, for å lære seg hvordan de skal håndtere dette, eksempelvis ved å oppholde seg i felles miljø rundt andre mennesker (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). Man er som sykepleier også mye i kontakt med pasienten på tomannshånd, og elementene kan brukes i all form for samtaler og samhandling med pasienten. Erfaringsmessig er det mange som jobber i psykiatrien som bruker disse elementene, uten å ha et bevisst forhold over det.

Vi har selv under skrivingen av denne oppgaven forsøkt å bruke kognitiv tilnærming mer bevisst, og har selv følt dette har gitt et godt resultat. Både ift. kartlegging, men også ift. å inkludere pasienten mer i struktureringen og planleggingen av dagen. Vi har også som studenter savnet en mer konkret struktur på hvordan man samhandler og behandler pasienter med depresjon. Det negative med en evt. standardisert struktur i samhandling med disse pasientene, er dog at det kan resultere i en mer skjematisk behandling av disse pasientene, og man kanskje mister litt fleksibiliteten som burde være til stede i denne formen for behandling (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018; Mjøsund, 2020). På den andre siden, vil det kanskje bli lettere å jobbe med disse pasientene uten å måtte ha like mye erfaring som om man skal lære seg hvordan man best samhandler med pasienter med depresjon gjennom praktisk arbeid. En kombinert metode, med opplæring av kognitiv tilnærming, samt det å understreke at man selv må lære seg hvordan man best bruker disse elementene gjennom erfaring, vil da kanskje være den mest passende strategien.

5.3 Pasientdeltakelse og initiativ

Forskningen legger vekt på «hjemmelekser» pasienter skal gjøre mellom hvert møte, enten det er gruppetimer, eller individuelle terapitimer. Viktigheten av dette nevnes i både Nance (2012) og Tanoue *et al.* (2018).

Nance (2012) beskriver hvordan pasientene ikke utførte sine hjemmelekser som instruert, men heller gjennomførte dette rett i forkant av møtene. Det gis ingen klar forklaring på hvorfor dette var tilfellet, men det kan tenkes at det grunner i at pasientene selv ikke hadde riktig forståelse for viktigheten av disse hjemmeleksene. Det er også mulig pasientene ikke skjønnte helt hva hver enkelt oppgave gikk ut på, og at de trengte en ytterligere eller bedre forklaring. Man kan tenke seg at pasientene ville vist større interesse og gjennomføringsevne i forbindelse med egenoppgavene om de hadde fått mer veiledning og informasjon rundt dem. Dette står også i sykepleieres yrkesetiske retningslinjer. Denne sier at sykepleiere skal tilrettelegge for at pasienten skal ha mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved at de får nok og tilpasset informasjon, samt at sykepleieren skal forsikre seg om at informasjonen som er gitt er forstått (NSF, u.å.).

Egenoppgaver blir ofte kalt *hjemmelekser* i forbindelse med kognitiv terapi, men dette gir muligens en litt feil beskrivelse av begrepet. Oppgavene går ut på at pasienten har noe konkret å jobbe med mellom møtene med sykepleieren, og dette gjelder på avdeling så vel som

hjemme. Det viktigste med disse oppgavene er at pasienten selv skal ha eller føle en form for fremgang. Ved å bruke ordet *hjemmelekser*, vil det da kanskje skape litt feil forståelse for pasienten. Disse egenoppgavene kan fint gjennomføres på en psykiatrisk avdeling, i likhet med hjemme hos pasienten eller utenfor avdelingen. Ved å gi pasienten oppgaver som kan gjøres mellom møtene med sykepleier, og gi tilstrekkelig informasjon i forhold til nytten av disse oppgavene, vil pasienten kunne føle en form for fremgang i sin behandling, og få en større følelse av mestring (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018).

5.4 Opplæring

I artikkelen til Nance (2012) blir det beskrevet hvordan de deltakende sykepleierne opplevde gode resultater etter 30 timer opplæring innen kognitiv terapi. Dette var da ikke det samme som videreutdanning, men opplæring ift. å kunne bedre sin yrkesutøvelse.

Sykepleieres yrkesetiske retningslinjer sier blant annet at sykepleiere skal ivareta de enkelte pasienters verdighet, integritet, retten til selvbestemmelse, og retten til ikke å bli krenket (NSF, u.å.) Den sier også at sykepleiere skal ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg, samt at sykepleiere skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. Sykepleiere har også, etter helsepersonelloven § 4, plikt til å holde seg faglig oppdatert (Helsepersonelloven, 1999). Dette innebærer også at sykepleiere skal bygge sin yrkesutøvelse på forskning, erfaringsbasert kompetanse, og brukerkunnskap (NSF, u.å.). Kognitiv terapi er, som tidligere beskrevet i denne oppgaven, forsket mye på, i forskjellige former, og både forskningen og kunnskapen rundt terapiformen er relativt lett tilgjengelig.

Hvordan sykepleiere skal holde seg oppdatert, er derimot ikke hverken lovfestet eller beskrevet i de yrkesetiske retningslinjene. Sykepleiere har et eget ansvar overfor seg selv når det kommer til å holde seg oppdatert. Spesialisthelsetjenesteloven sier derimot i § 2-2 at «Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.» (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-2). Det vil si at arbeidsplassen har plikt til å tilrettelegge for opplæring, men det står ikke hvordan dette skal gjennomføres. Dette gir arbeidsplassen mulighet for selv å bestemme hvordan det skal gjennomføres. Hvordan dette gjøres er avhengig av kunnskapen som allerede ligger til rette i personalgruppa, eller om det ikke er noen kunnskap innen kognitiv terapi. Om kunnskapen mangler, burde man kanskje lære opp eller sende noen av personalgruppa på opplæring, som videre kan lære bort og gi veiledning til de andre i personalgruppa.

I artikkelen til Nance (2012) kommer det frem at de deltakende sykepleierne mottok opplæring innen kognitiv terapi over en periode på totalt 30 timers undervisning. Dette var nok til å bruke kognitiv terapi på en strukturert måte i form av gruppeterapi, men de følte det skulle litt mer opplæring før de kunne bruke terapien på en mer fleksibel måte. I studien til Brown og Reynolds (2014), var det ikke direkte beskrevet hvor mye opplæring de deltakende sykepleierne fikk i forkant av studien. Det var derimot nok at de kunne identifisere den kognitive terapiens grunnleggende elementer, men ikke nok til at de kunne forklare terapiens mekanikk på en nøyaktig måte. Om målet er å bedre sykepleierens kunnskap i bruk av kognitiv tilnærming, istedenfor å lære dem opp i bruk av kognitiv terapi, vil dette kanskje føre til en større forståelse for det de lærer. Om opplæringen går ut på hvilke elementer den kognitive terapien består av, og hvordan disse kan brukes i forskjellige sammenhenger, vil det kanskje resultere i mer fleksibel bruk enn opplæring i én type strukturert gjennomføring.

5.5 Den kartleggende funksjonen

Calvert og Palmer (2003) drar frem dette som et viktig aspekt i forhold til bruken av kognitiv terapi. Her blir terapiformen brukt for å kartlegge pasientens problemer, tanker, følelser, samt andre faktorer. Kartlegging av pasienter er en av sykepleierens største oppgaver. Dette være seg både ved det første møtet, men også fortløpende så lenge sykepleieren har ansvaret for pasienten. Det innebærer kartlegging av pasientens symptomer, evt. bedring eller forverring, og hva som ligger bak bedringen eller forverringen. Siden elementene i kognitiv terapi legger opp til at den skal være mest mulig brukerstyrt, gir dette pasienten også bedre mulighet til å reflektere selv. I denne refleksjonen, kan det hende pasienten selv begynner å se hvordan dens tanker og følelser ikke egentlig er helt logiske. I tillegg vil sykepleierens veiledning og spørsmål kunne hjelpe pasienten til bedre å sette bedre ord på sine problemer.

I tillegg til dette, har sykepleieren muligheten til å forsikre seg om at den har forstått pasientens problemer riktig. Dette både under og i sluttfasen av samtalen. Ved at sykepleieren gjenforteller det pasienten selv har sagt, samt stiller spørsmål, har pasienten mulighet til å si ifra om sykepleieren har misforstått noe. Denne aktive gjenfortellingen, sammen med at sykepleieren også stiller spørsmål som får pasienten til aktivt å reflektere, kan også hjelpe pasienten til å tenke på en mer logisk måte, istedenfor en tenkemåte basert på følelser.

5.6 Kognitiv terapi ift. andre terapiformer

I artikkelen til Cahill, Paley og Hardy (2013) ønsket forfatterne å finne ut om det var noen klar forskjell på kognitiv terapi, og psykodynamisk interpersonlig terapi. De konkluderte med at det var de felles elementene som var viktigst, og ikke nødvendigvis den konkrete terapiformen som hadde mest å si. Pasientene som mottok de ulike terapiformene, oppnådde tilnærmet likt behandlingsresultat. Det var noen forskjeller ift. hvilke aspekter pasientene følte bedring i de to forskjellige gruppene, men disse forskjellene var så små at det ikke var noen klart skille mellom terapiformene. Dette forsterker teorien om at opplæring innenfor kognitiv tilnærming, i motsetning til ren kognitiv terapi, vil kunne skape grunnlaget for en mer fleksibel måte å bruke elementene innenfor kognitiv terapi.

Det er viktig å understreke at sykepleiere ikke har som rolle å være direkte terapeuter, men møter pasienter i litt andre settinger. Dette gjør også at ren kognitiv terapi kanskje ikke er det man som sykepleier uten utdanning innen denne terapiformen skal fokusere mest på, men heller tilegne seg kunnskap om de fundamentale prinsippene som terapien består av. Med dette menes altså kognitiv tilnærming, det å anvende kunnskapene man tilegner seg innenfor de fundamentale elementene, og bruker dette som en tilnæringsmetode. Altså, kognitiv tilnærming.

5.7 Overførbarhet

Som tidligere skrevet, har pasientene i artiklene vi har valgt til oppgaven, veldig forskjellig bakgrunn. Pasientene blir også møtt på forskjellige arenaer, og i ulike deler av helsevesenet. Dette er med på å underbygge det at vi som sykepleiere har stor sannsynlighet for å møte pasienter med depresjon over alt i helsevesenet, ikke bare i psykiatrien. Det er også stor sannsynlighet for at vi vil møte andre mennesker innenfor helsevesenet som lider av depresjon, særlig pårørende. Eksempelvis pårørende til pasienter med livsinngripende sykdom, pasienter som selv lider av depresjon, eller pårørende til pasienter i livets siste fase (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2014; Grov og Holter, 2015). Det kan også gjelde pårørende til pasienter som har blitt utsatt for alvorlig skade, særlig om denne skaden er livstruende, eller resulterer i død (Håkonsen, 2014; Grov og Holter, 2015; Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018).

5.8 Konklusjon

Kognitiv terapi er et godt verktøy for sykepleiere å ha kunnskap om. Ved å kjenne til de fundamentale prinsippene, kan man som sykepleier bruke disse elementene i sin tilnærming og samhandling med pasienter med depresjon. Hvordan man som sykepleier tilegner seg denne kunnskapen eller opplæringen, er opp til dem selv, men det viktigste er å kjennskap til grunnprinsippene. Dette gjelder ikke bare innen psykiatri, men også alle andre steder i helsevesenet. Om man har ansvar for, eller møter pasienter og pårørende i sin arbeidshverdag, er sannsynligheten høy for at man kan møte mennesker som lider av depresjon. Kognitiv tilnærming kan hjelpe sykepleiere til å kartlegge pasienten, både ved første møte, samt under videre behandling, og det vil kunne hjelpe i forhold til relasjonsbygging. Det kan også hjelpe sykepleiere til, på en strukturert måte, å få pasienten til å tenke mer logisk istedenfor følelsesmessig, samt bedre pasientens følelse av mestring. Ved å hjelpe pasienten med disse aspektene, vil pasienten sannsynligvis kunne føle mindre grad av håpløshet, og det vil legge grunnlaget for god behandling av pasientens depresjon. Å lære seg de fundamentale prinsippene i kognitiv terapi, vil også kunne bidra til både personlig og profesjonell vekst for sykepleiere, og muligens gjøre arbeidet med pasienter med depresjon noe lettere. Kunnskap innen kognitiv terapi vil altså kunne resultere i at sykepleiere kan yte mer fleksibel, forsvarlig og tilstrekkelig hjelp til pasienter med depresjon.

6.0 Referanser

- Askheim, O. P. (2015) *Empowerment I helse- og sosialfaglig arbeid : floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Berge, T., Ekelund, M. og Skule, C. (2008) Kurs i mestring av depresjon-forebygging av tilbakefall i Berge, T. og Repål, A (red.) *Håndbok i kognitiv terapi*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Berge, T. og Repål, A. (2010) *Den indre samtalen : Lær deg kognitiv terapi*. 3. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Berge, T. og Repål, A. (2015) *Håndbok i kognitiv terapi*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Brown, M. og Reynolds, P. (2014) Delivery of CBT to treat postnatal depression: Health visitors' perceptions, *Community Pract*, 87(10), s. 26-29. Tilgjengelig fra:
<https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=78ddb56-77da-4301-a77e-27e908bef64f%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZSZyY29wZT1zaXRI#AN=103806573&db=ccm> (Hentet 15. mars 2022)
- Cahill, J., Paley, G. og Hardy, G. (2013) What do patients find helpful in psychotherapy? Implications for the therapeutic relationship in mental health nursing, *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 20(9), s. 782-791. <https://doi.org/10.1111/jpm.12015>
- Calvert, P. og Palmer, C. (2003) Application of the cognitive therapy model to initial crisis assessment, *Int J Ment Health Nurs*, 12(1), s. 30-38. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2003.00266.x>
- Dalland, O. (2020) *Metode og oppgaveskriving*, 7. utgave. Gyldendal Norsk Forlag

Eide, T. og Eide, H (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Grov, E. K. og Holter, I. M. (2015) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm.

Hallberg, M. og Ørbeck, A. N. (2009) Kognitiv terapi gir gode resultater, *Sykepleien Forskning*, 94(11). [10.4220/sykepleiens.2006.0018](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2006.0018)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.*: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet 18. mars 2022)

Hummelvoll, J. K. (2018) *Helt – ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk

Håkonsen, K. M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (2014) *Geriatrisk sykepleie : God omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Mjøsund, N. H. (2020) Helsefremmende sykepleie i psykisk helsevern – pasienters drømmesykehus, *Sykepleien Forskning*, 2020(15). [10.4220/Sykepleienf.2020.80478](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.80478)

Molven, O. (2006) *Sykepleie og Jus*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk

Nance, D. C. (2012) Pains, Joys, and Secrets: Nurse-Led Group Therapy for Older Adults with Depression, *Issues in Mental Health Nursing*, 33(2), s. 89-95.
<https://doi.org/10.3109/01612840.2011.624258>

Norsk Forening for Kognitiv Terapi (u.å. a) *Kognitiv terapi*. Tilgjengelig fra:
<https://www.kognitiv.no/kognitiv-terapi/> (Hentet: 15. april 2022)

Norsk Forening for Kognitiv Terapi (u.å. b) *Hva er kognitiv terapi?* Tilgjengelig fra:
<https://www.kognitiv.no/wp-content/uploads/2014/11/Hva-er-kognitiv-terapi.pdf?fbclid=IwAR0XM8xrRlpPhSydSKDo6xu0Asvo73LzthDDCUhATtVKBGGWfNDaINkAq9Q>
(Hentet 10. mai 2022)

Olsvik, E. H. (2021) *Empiri*. Tilgjengelig fra: https://snl.no/empiri?fbclid=IwAR1xT97AFxTrXbiCiZ-kl2imsgDe78tzulMNblqKudWWig4aHZK5Z_uRWnY (Hentet: 20. april 2022)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999): *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra:
<https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet 18. mars 2022)

Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning: fastsatt 25. januar 2008 av kunnskapsdepartementet, rev. Utg. Oslo: Kunnskapsdepartementet*

Reneflot, A. et al. (2018) *Psykisk helse i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/> (Hentet 11. mars 2022)

Repål, A. (u.å.) *Kort innføring i kognitiv terapi Selvhjelpshefte*. Tilgjengelig fra:
https://www.kognitiv.no/wp-content/uploads/2014/11/Kort-innf%C3%B8ring-i-kognitiv-terapi.pdf?fbclid=IwAR3m1zPFh2KLJsQ5GEW_380N-KpACI-ILVvIVCP6tyr2Dxy-hD45iGZCBsw (Hentet 10. mai 2022)

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stänicke, E. (2018) *Psykiatriboken*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tanoue, H. et al. (2018) Nurse-led group cognitive behavioral therapy for major depressive disorder among adults in Japan: A preliminary single-group study, *Int J Nurs Sci*, 5(3), s. 218-222.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.06.005>

Thidemann, I. J. (2019) *Bacheloroppgave for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. 2. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Artikkel 1

Forfatter(e)	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Etisk Vurdering
Calvert, P. Palmer, C.	Application of the cognitive therapy model to initial crisis assessment	International Journal of Mental Health Nursing	Artikkelens hensikt er å undersøke hvordan kognitiv terapi kan anvendes i krisevurderingen hos pasienter med depressiv episode, og hvilken effekt dette har.	Kvalitativ studie.	Etisk godkjenning eller forklaring av samtykke fremkommer ikke i artikkelen.

Artikkel 2

Forfatter(e)	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Etisk Vurdering
Tanoue, H. <i>et al.</i>	Nurse-led group cognitive behavioral therapy for major depressive disorder among adults in Japan: A preliminary single-group study	International Journal of Nursing Sciences	Denne studien har som hensikt å utforske gjennomførbarheten og godtakbarheten ift. sykepleierledet kognitiv gruppeterapi for japanske pasienter med depresjon.	Singel-arm studie. Evaluering ble gjennomført i begynnelsen og ved slutten av studien.	Studien er godkjent av Miyazaki universitets etiske komite. Studien er i samsvar med de etiske retningslinjer satt av «The World Medical Association»

7.0 Vedlegg

Vedlegg 1

Artikkel 3

Forfatter(e)	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Etisk Vurdering
Nance, D. C.	Pains, Joys, and Secrets: Nurse-Led Group Therapy for Older Adults with Depression	Issues in Mental Health Nursing	Artikkelens hensikt er å finne ut hvordan kognitiv terapi i gruppeformat fungerer i forbindelse av depresjon for eldre pasienter i Mexico.	Kvalitativ studie.	Godkjent av en etisk komite i The Mexican Institute of Social Security. Underskrevet informert samtykke ble gitt av alle deltakerne, inkludert samtykke til å bruke deres kommentarer anonymt.

Artikkel 4

Forfatter(e)	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Etisk Vurdering
Cahill, J. Paley, G. Hardy, G.	What do patients find helpful in psychotherapy? Implications for the therapeutic relationship in mental health nursing	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Å undersøke om det er noen forskjell i resultater for pasienter som mottar interpersonlig psykodynamisk terapi eller kognitiv terapi.	Et sammenlignbar ikke-ekvivalent gruppedesign.	Deltakerne anonymiseres i studien, skriftlig beskrivelse av samtykke og/eller etisk godkjenning fremkommer ikke.

Artikkel 5

Forfatter(e)	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Etisk Vurdering
Brown, M. Reynolds, P.	Delivery of CBT to treat postnatal depression: Health visitors' perceptions	Community Practitioner	Artikkelens hensikt er å undersøke om kognitiv terapi gjennomført av «health visitors» gitt til pasienter med postnatal depresjon kan substituere medikamentell behandling.	Kvalitativ studie Fenomenologisk ble brukt som forskningsmetode for denne studien	Tillatelse til å inkludere medlemmer ble gitt av forsknings- og utviklingsavdelingen og linjleder. Tillatelse ble gitt fra universitetet (University of Wolverhampton) før forskningen for å forsikre at prosessen ikke ville forårsake misnøye for eller skade på deltakerne

