

En kvalitativ studie om kognitiv beteendeterapi

En metod för sjukskötare att hjälpa patienter som lider av sömnproblem, depression och ångest

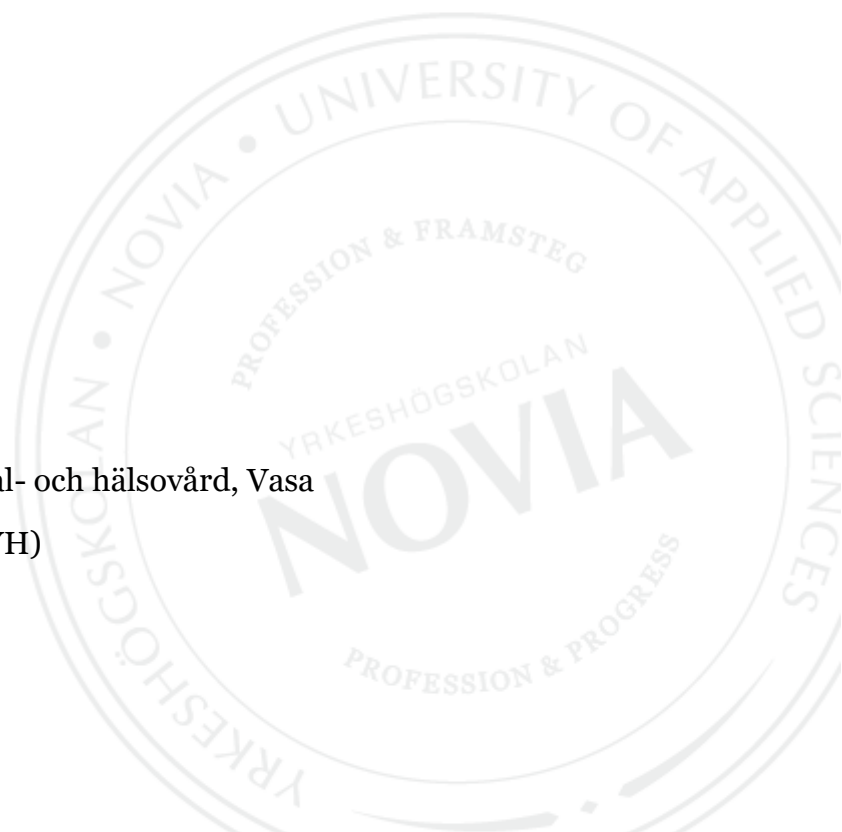
Emilia Lindell

Ida Berts

Examensarbete inom social- och hälsovård, Vasa

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2016



EXAMENSARBETE

Författare: Emilia Lindell, Ida Berts

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Marlene Gädda

Titel: En kvalitativ studie om kognitiv beteendeterapi. En metod för sjukskötare att hjälpa patienter som lider av sömnproblem, depression och ångest.

Datum November 2016

Sidantal 32

Bilagor 2

Abstrakt

Syftet med denna studie var att undersöka om sjukskötare kan använda sig av kognitiv beteendeterapi (KBT) i vården av patienter som lider av ångest, depression och sömnproblem. Respondenterna har gjort arbetet som en kvalitativ litteraturstudie angående sjukskötares nytta av KBT. Datainsamlingsmetoden var dokumentstudie. Till arbetet valdes 4 artiklar ut, som sedan analyserades. För att analysera resultatet i studien användes innehållsanalys. Orem's (2001) egenvårdsteori valdes som teoretisk utgångspunkt. Resultatet visade att sjukskötare som fått kortare utbildning i KBT tekniker hade nytta av detta i sitt dagliga arbete. I resultatet framkom även att KBT är en accepterad och omtyckt metod av många patienter med psykisk ohälsa. Slutsats: Med kortare utbildning kunde sjukskötare ha användning av KBT samt känna sig mera självsäker i vården av patienter med psykisk ohälsa.

Språk: Svenska

Nyckelord: KBT, KBT tekniker, KBT online, sjukskötare, erfarenheter, ångest och depression

BACHELOR'S THESIS

Author: Emilia Lindell, Ida Berts

Education and place: Nurse, Vaasa

Supervisor: Marlene Gädde

Title: A qualitative study of cognitive behavioral therapy. A method for nurses to help patients who suffer from sleep problems, depression and anxiety.

Date November 2016 Number of pages 32 Appendices 2

Summary

The aim of this study was to examine whether nurses could use cognitive behavioral therapy (CBT) in the care of their patients who suffer from anxiety, depression and insomnia. The respondents have done this study as a qualitative literature study regarding nurses benefits of CBT. The method that was used for data collection was document studies. For this thesis 4 articles were chosen to be analyzed. Content analysis was used to analyze the results. Orem's (2001) self-care theory was chosen as the theoretical starting point. The results showed that nurses taken short training in CBT techniques could benefit from this in their daily work. The results also showed that CBT is an acceptable and popular method for many patients with mental illness. Conclusions: with shorter training nurses could use CBT in their work and feel more confident in the care of their patients with mental illness.

Language: Swedish Key words: CBT, CBT techniques, online CBT, experiences, nurse, anxiety and depression

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställning.....	2
3	Teoretisk utgångspunkt.....	2
3.1	Orems syn på egenvård.....	3
3.2	Teorin om egenvårdsbrist	4
3.3	Teorin om omvårdnadssystem	5
4	Teoretisk bakgrund	6
4.1	Kognitiv beteendeterapi.....	6
4.2	Depression	8
4.3	Ångest	10
4.4	Sömn.....	11
4.5	KBT som självhjälp	15
5	Undersökningens genomförande.....	16
5.1	Val av material.....	17
5.2	Litteraturstudie.....	17
5.3	Resumé artikel.....	18
5.4	Innehållsanalys	18
5.5	Etiska överväganden.....	19
6	Resultat	20
6.1	Sjukskötarens erfarenheter av KBT	20
6.2	Patienters erfarenheter av KBT	23
7	Tolkning.....	26
8	Kritisk granskning.....	29
9	Diskussion	31
	Källförteckning	33

Bilagor

Bilaga 1

Bilaga 2

1 Inledning

Det är känt att äldre människor sover mindre, men det blir även vanligare att yngre människor drabbas av sömnproblem. Enligt Institutet för hälsa och välfärd THL (2015), har 30 procent av den vuxna befolkningen lidit av någon form av sömnproblem. Psykisk ohälsa som till exempel depression och ångest, förändrade livssituationer, stress och missbruk är de vanligaste faktorerna som orsakar sömnproblem för vuxna. Sömnen är en viktig faktor för att uppleva god hälsa och välbefinnande.

Syftet med detta examensarbete är att undersöka om sjukskötare kunde ha användning av KBT i vården av sina patienter som lider av tillstånd som ångest, depression och sömnproblem, för att förbättra patientens livskvalitet. Syftet är även att ta reda på hurdana erfarenheter patienter har av KBT. Respondenterna vill i detta examensarbete lyfta fram varför sjukskötaren skulle kunna ha nytta av att använda sig av kognitiv beteendeterapi (KBT) i vården av patienter med depression, ångest och sömnproblem för dessa är problem som ökar i dagens samhälle. KBT är en terapiform som används som behandling för många olika psykiska besvär och sjukdomstillstånd. Genom behandling med KBT fokuserar man på att känna igen och ändra på både beteende och tankar som upprätthåller det aktuella problemet, man fokuserar på nuet och framtiden. KBT-behandling kunde många människor ha nytta av någon gång i livet, men många har dessvärre inte tillgång till utbildade terapeuter. (Burgess & Chalder, 2008, s.45).

Enligt Institutet för hälsa och välfärd (2015) är depression ett av folkhälsoproblemen i Finland. Under ett år lider cirka 5 procent av den finska befolkningen av en depression. En del människor som insjuknar i en depression kan även få återkommande depressioner. Enligt statistik så förekommer depression mera hos kvinnor än hos män. I vården är det viktigt att i ett tidigt skede kunna identifiera symtom på depression och att kunna identifiera tecken på en återkommande depression. Bästa behandlingen vid depression är antidepressiva läkemedel och terapi, tillsammans, med detta uppnår man bästa behandlingseffekten.

Även cirka 5 procent av den finska befolkningen lider någon gång i sitt liv av generaliserat ångestsyndrom. Oftast uppkommer symtom redan i tidig barndoms- eller ungdomsår, dock kan även symtom börja först i vuxen ålder. Symtom på ångest varierar från individ till individ och symtomen kan variera från år till år. Var fjärde av de drabbade, har symtom på ångest hela sitt liv. Stress, traumatiska livshändelser, överdriven kaffe konsumtion eller alkoholkonsumtion och rökning ökar intensiteten av symtom eller risk för generaliserad

ångest. Skillnaden mellan naturlig oro och ångest är hur långvarig, hur ofta och kraftig oron är och hur bra man kontrollerar oron. När man en längre tid känner sig konstant trött, irriterad, rastlös och överdrivet orolig så kan det vara ett tydligt tecken på ångest. (Huttunen, 2015)

KBT har i flera forskningar visat sig vara en effektiv behandling vid olika tillstånd, bland annat vid sömnproblem. Att behandla sömnproblem med hjälp av KBT har visat sig vara en mera effektiv behandling än att behandla sömnlöshet med hjälp av sömnmedicin. Genom att använda KBT som första behandling vid sömnproblem skulle man kunna undvika beroende och olika biverkningar av sömnmediciner. (Morgan, K.et.al., 2012).

2 Syfte och frågeställning

Syftet med detta examensarbete är att undersöka om sjukskötare kunde ha användning av kognitiv beteendeterapi (KBT) i vården av patienter som lider av sömnproblem, ångest och depression, för att förbättra deras livskvalitet. Sömnproblem, ångest och depression blir allt vanligare och det finns inte tillräckligt med utbildad personal som utför kognitiv beteendeterapi. Syftet är även att ta reda på hurdana erfarenheter patienter har av KBT.

Frågeställningarna är följande:

- Vad har sjukskötare för erfarenheter av att använda KBT i vården av patienter som lider av sömnproblem, depression och ångest för att förbättra patientens livskvalitet?
- Vilka erfarenheter har patienter av KBT?

3 Teoretisk utgångspunkt

Respondenterna valde att använda Orem's (2001) egenvårdsteori i detta examensarbete eftersom att Orem menar att målet med omvårdnad är att hjälpa patienter att kunna utföra aktiviteter som stöder hälsan så självständigt som möjligt.

Orem's (2001) 1956 definition av omvårdnad är att sjukskötaren ger specialiserad omvårdnad till de personer med funktionshinder som behöver mera stöd än vanligt för att uppfylla dagliga behov för personens egenvård, samt att sjukskötaren deltar i den medicinska vården personen får från läkaren. Orem (2001) menar även att konsten att omvårda en person utövas av att "göra för" en person med funktionshinder genom att "hjälpa hen att hjälpa sig själv" samt att "hjälpa hen att lära hur hen tar hand om sig själv"

Enligt Orem (2001) utövar även sjukskötaren omvårdnad genom att hjälpa personens familj eller vän till att lära sig ”att göra för” personen. Konsten att omvårda en person är då praktisk och didaktiskt. (Orem, 2001. s.18)

3.1 Orems syn på egenvård

Orem (2001) betonar att målet med omvårdnaden är att hjälpa patienten att klara av aktiviteter så självständigt som möjligt. Omvårdnad ges åt patienten när patienten inte själv är i ett tillstånd att utföra aktiviteter som har med hälsan att göra, det vill säga egenvård. Teorin är uppdelad i tre olika delar, teorin delas in i egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystemet, dessa tre teorier bildar tillsammans en omfattande teori om omvårdnad. (Kirkevold, 2000 s. 148 -149)

Teorin delas in i tre kategorier det vill säga egenvårdsaktivitet, egenvårdsbehov och egenvårdskrav. Orem (2001) menar att egenvård handlar om att patienten själv utför sådana aktiviteter som upprätthåller liv, hälsa och välbefinnande. (Kirkevold, 2000 s.149)

Egenvårdsaktivitet

Aktiviteter som hör till patientens egenvård kallas för ”egenvårdsaktiviteter”. Teorin om egenvård delas också in i tre olika faser, värderingsfas, planeringsfas och genomförandefas. Den första fasen behandlar hurdana handlingar som är viktiga för att justera kroppens struktur och funktion, på så sätt kan man säkerställa hälsa och välbefinnande. Den andra fasen, planeringsfasen handlar om att planera ett systematiskt och kontinuerligt utförande av handlingarna. Den tredje fasen handlar om det konkreta genomförandet. Tillsammans bildar dessa faser en koncentrerad process av handlingar. (Kirkevold, 2000 s.150)

Egenvårdsbehov

Egenvårdsbehoven delas även in i tre olika grupper som universella behov, utvecklingsmässiga behov och hälsorelaterade behov. Egenvårdsbehov består av viktiga mål för att trygga patientens hälsa och välbefinnande. De universella egenvårdsbehoven delas in i åtta delar. Behoven är följande: att bevara en tillräcklig syreupptagning, vätskeintag och födointag, att upprätthålla mag- och tarmfunktion, upprätthålla en balans mellan vila och aktivitet, upprätthålla en balans mellan socialt umgänge och ensamhet, förebyggande för fara av mänskligt liv och främjande av den mänskliga funktionen och utvecklingen. Det vill säga,

för att kunna bevara en mänsklig funktion, skall man kunna utföra dessa ovannämnda åtgärder. (Kirkevold, 2000 s.150 - 151).

3.2 Teorin om egenvårdsbrist

Teoridelen om egenvårdsbrist omfattar två viktiga insikter, dessa två insikter kallar Orem (2001) för egenvårdskapacitet och egenvårdsbegränsning. Egenvårdsbrist handlar om att göra klart varför patienten blir i ett behov av omvårdnad. När egenvårdskapaciteten blir mindre än patientens egenvårdskrav uppstår ett behov av omvårdnad, för att patienten inte är i ett sådant skick att patienten själv klarar av att genomföra aktiviteter i form av egenvård för att tillfredsställa egenvårdsbehovet. Det vill säga att när patientens egenvårdskapacitet och egenvårdskrav hamnar i obalans uppstår det som Orem (2001) kallar egenvårdsbrist. När patienten är i ett tillstånd av egenvårdsbrist klarar inte patienten av att utföra egenvård och då måste någon annan person som, till exempel, en närstående ta över ansvaret för patientens egenvård. (Kirkevold, 2000 s.152-153)

Egenvårdskapacitet

Egenvårdskapacitet handlar om hur personen med hjälp av en inlärd förmåga kan tillfredsställa sina egna fortlöpande behov av vård, som styr processer i livet samt bevarar eller främjar personens strukturella och funktionella integritet och tillväxt samt befrämjande av välbefinnandet. Beroende på personens ålder, hälsa, utbildning, erfarenheter, kultur och resurser varierar egenvårdskapaciteterna. För att patienten skall kunna tillfredsställa sina egenvårdsbehov och kunna planera sin egenvård krävs kunskaper, motivation, mentala- och praktiska färdigheter. (Kirkevold, 2000 s.152-153)

Egenvårdsbegränsningar

Egenvårdsbegränsning handlar om begränsningar i personens egenvårdskapacitet. Orem (2000) skriver om begränsningar i form av tre typer, begränsade kunskaper, begränsad förmåga att göra en bedömning och ta beslut och begränsad förmåga att genomföra resultatgivande handlingar. (Kirkevold, 2000 s.153)

3.3 Teorin om omvårdnadssystem

Omvårdnadssystemet omfattar tre viktiga begrepp, omvårdnadskapacitet, hjälpmetoder samt olika omvårdnadssystem. Teorin bygger på allomfattande kännetecken på olika hjälpsituationer. (Kirkevold, 2000, s. 154)

Omvårdnadskapacitet

Omvårdnadskapacitet består av de attityder, kunskaper, egenskaper och färdigheter som är nödvändiga för att arbeta med omvårdnad. Denna kapacitet är en inlärd förmåga som kräver utbildning, anser Orem (2001). Nödvändiga komponenter i omvårdnadskapaciteten är kreativ tolkning och handling, vilja att motivera för att utföra omvårdnad samt praktiska färdigheter. Omvårdnadskapaciteten är motsvarande till egenvårdskapaciteten, man kan vara den personen som behöver hjälp, eller sedan kan man vara den personen som utövar omvårdnaden själv. (Kirkevold, 2000, s. 154)

Hjälpmetoder

Enligt Orem (2001) behöver sjuksköterskor fem olika tillvägagångssätt med hjälpmetoder för att vårda en person. Som vårdare skall man kunna handleda och hjälpa en annan individ, man skall kunna vägleda och stötta personen både fysiskt och psykiskt. Att som vårdare kunna lära ut till patienten det denne behöver kunna för att komplettera vården. (Kirkevold, 2000, s.155)

Omvårdnadssystem

Genom interaktion mellan sjuksköterska och patient i en omvårdnadssituation så skapas, enligt Orem (2001), omvårdnadssystem. Omvårdnadssituationerna struktureras av omvårdnadssystemen, genom att man identifierar rollförhållanden mellan sjuksköterskan och patienten, även teknologiska element ingår och olika hjälpmetoder används. Omvårdnadssystemet innehåller tre olika delar som skiljs åt som fullständigt kompenserande

omvårdnadssystem, delvis kompenserande omvårdnadssystem och stödjande/undervisande omvårdnadssystem. (Kirkevold, 2000, s.155)

4 Teoretisk bakgrund

I detta kapitel förklaras vad kognitiv beteendeterapi innebär och vad det används för. Efteråt förklarar respondenterna vad depression och ångest innebär samt information kring sömn, sömnlöshet och dess betydelse. Respondenterna har valt att ha med om sömn i arbetet på grund av att sömnproblem ofta hänger ihop med depression och ångest. Till sist berättar respondenterna om KBT som självhjälp.

4.1 Kognitiv beteendeterapi

KBT (kognitiv beteendeterapi) är en form av psykoterapi som har utvecklats ifrån Sigmund Freuds psykoanalytiska teori eller den så kallade psykoanalysen från början av 1900-talet. Beteendeterapi och kognitiv terapi bildar tillsammans den kognitiva beteendeterapin. Beteendeterapin även kallad inlärningsteorin handlar om hur en individ lär sig och påverkas av sig själv och av sin omvärld (Svensson, 2012). Med denna teori är det lättare att förstå hur människan fungerar. Det blir lättare att påverka det som vi inte är nöjda med och som upplevs som negativt eller som ett problem om man först kan förstå hur vi fungerar på det sätt vi gör. Beteendeterapin utgör grunden för behandlingen med KBT, från denna grund bestäms de praktiska tillvägagångssätten i behandlingen. (Kåver, 2009, s.49)

I mitten av 1980-talet började begreppet KBT användas i vården av olika former av ångest. Det var då ett kombinerat arbetssätt med metoder från beteendeterapi och kognitiv terapi började användas i vården av olika psykiska tillstånd. Det upptäcktes då att denna form av behandling gav lika bra resultat som farmakologisk behandling och ibland även bättre resultat än farmakologiska preparat. Framgången med KBT kom vid behandling av panikångest och depressioner som var medelsvår. Efter denna framgång har utvecklingen av KBT gått mycket snabbt framåt och i dagens läge finns det behandlingsmetoder som är effektiva vid andra problemområden än ångest och depression som bland annat sömnsvårigheter, smärta, psykoser, ätstörningar och problem kring samlevnad.

Behandlingen med KBT börjar med en problemanalys, där man lyfter fram vad som upplevs som ett problem och vilka förändringar i sin livssituation man vill uppnå. Till exempel kan det handla om en person som lider av depression och har som mål att ta sig upp ur sängen tidigare på morgonen för att genomföra minst en aktivitet varje dag. Hur individen samspelar med sin omgivning, känslor, tankar, kroppsliga reaktioner och handlingssätt är tyngdpunkten för problemanalysen. Ett fokus ligger på att utreda hur samspelet vidmakthåller problemet eller att problemet kommer tillbaka. Men främst fokuserar analysen på nuet och på framtiden, på vilket sätt patienten vill leva. Trots ett stort fokus på nuet och framtiden utesluts inte diskussion kring det förflutna och hur problemen uppstått. Under analys och behandlingstidens gång arbetar patienten och terapeuten tillsammans. Patienten får ofta arbeta med sina problem hemma med hjälp av olika former av hemuppgifter. (Farm Larsson & Wisung, 2005, s.11 - 12).

Den kognitiva terapin handlar om hur individen uppfattar och tänker om olika händelser. Beroende på hur individen uppfattar en speciell händelse uppstår olika känslor som exempel rädsla och oro och så vidare. Varje människa uppfattar olika saker på olika sätt. (Kåver, 2009, s.92 - 93). KBT terapin utmanar patienten för att ändra och utvärdera sina negativa tankar, processen kallas för kognitiv omstrukturering. Beteende och kognitiva terapin kräver aktivt deltagande av patienten eftersom den är målinriktad. Syftet är att man vill åstadkomma beteendeförändringar genom förändring i kognitiva störningar. KBT används effektivt för att behandla sömnlöshet, depression och generaliserat ångestsyndrom. (Woodward, 2011, s.45).

Inom KBT är ett viktigt mål att ge patienten kunskap att handskas med sina känslor, få fram mera positiva känslor hos patienten och minska på obehag (Kåver, 2009, s.112). För att behandlingen med KBT skall vara så effektiv som möjligt kräver det att patienten är aktivt deltagande i behandlingen och tar ett eget ansvar. Patienten måste vara positivt inställd till olika emotionella övningar och uppgifter som terapeuten delar ut till patienten, vissa uppgifter kanske patienten hamnar att göra på egen hand hemma. Det kräver även att terapeuten är empatisk och visar förståelse och respekterar sin patient för att behandlingen skall bli lyckad. Om terapeuten inte klarar av dessa kriterier kan det hända att terapin blir kortvarig eller även svår att utföra. (Kåver, 2009, s.182)

Med hjälp av KBT försöker man förändra det sätt som patienten ser sig själv och sin omvärld. Genom att ändra på sätt hur man uppfattar och tänker om olika saker kan man ändra ett dysfunktionellt beteende så att patienten kan fungera och må bättre i sin vardag. Det är viktigt att patienten får förståelse för bakom liggande faktorer och sina tidigare erfarenheter och hur problemen uppstår. (Svensson, 2012).

Oftast håller behandlingen med KBT på i 15-20 sessioner och en session håller på i ungefär en timme (Kåver, 2009, s.44) Hur många sessioner det blir varierar mycket beroende på vad patienten har för problem samt hurdana mål patienten vill uppnå med hjälp av denna behandling (Svensson, 2012). Behandlingsmetoden går att använda på många olika sätt, bland annat individuellt eller i en grupp tillsammans med en terapeut, som familjeterapi och som parterapi. KBT går även att användas på egen hand utan terapeut i form av så kallad självhjälp, genom till exempel böcker eller via olika internetsidor där de finns instruktioner hur man skall gå till väga. (Kåver, 2009, s.44)

KBT har visat sig fungera som behandling vid de mesta psykiska besvär och sjukdomar. KBT används som behandling vid bland annat ångest, depression, olika former av fobier, ätstörningar, stress, kronisk smärta, sömnproblem och många andra psykiska tillstånd. (Kåver, 2009, s.45). Psykologiska faktorer är den mest kända orsaken till varför sömnlöshet uppstår. Flera Metaanalyser påvisar att KBT för sömnlöshet resulterar fasta förbättringar på de olika sömnparametrarna. Och lovande resultat för att sjukskötare skall få utöva KBT inom primärvården. Även grupper som fått KBT av sjukskötare visar förbättring. Sömnloggböcker visade en signifikant behandlingseffekt för insomningslatens och vaken tid efter insomning. Så att sjukskötare skulle leverera KBT behandling kan alltså vara en kostnadseffektiv förfråga. Det finns studier som visar lovande resultat för att sjukskötare skall få utföra KBT-I i primärvården. (Bothelius, Kyhle, Espie & Broman, 2013, s.688-689).

4.2 Depression

Ursprunget till ordet ”depression” kommer från det latinets ”depressio” som betyder ”sjunkning”, ”djup” eller ”sänkning”. Idag när man använder ordet depression menar man att man känner sig psykiskt nedstämd. Gränsen mellan naturlig nedstämdhet och depression är flytande, det finns alltså många olika grader av depression (Andersson et.al., 2007, s. 9 - 10). Att man någon gång i livet känner sig ledsen eller nedstämd eller hamnar i obalans är vanligt och det kan hända alla människor. Däremot om man under en längre tid känner

nedstämdhet, känslor av meningslöshet och orkeslöshet kan man ha fått en depression. Alla människor kan bli deprimerade. Dock är alla människor olika sårbara vilket gör att alla människor inte löper lika stor fara för att få en depression. Depression och sömnproblem har nästan likadana symtom, man känner sig trött, nedstämd, irriterad, orolig, orkeslös och man kan få spänningar i kroppen. De som är deprimerade lider oftast också av sömnproblem. (Kubicek, 2008, s.112)

Orsaker till depression kan vara många, men oftast är det olika yttre påfrestningar eller livshändelser, till exempel en närståendes död, ekonomiska problem, ensamhet, missbruk, plötsligt insjuknande i en sjukdom eller att man förlorar en funktion eller förmåga och kan vara en utlösande faktor till depression. Även en positiv förändring som kanske till och med är efterlängtd kan utlösa depression, till exempel som depression vid graviditet eller efter en förlossning, att börja med ett nytt jobb, eller att flytta. Stress kan också öka risken för depression, om man är stressad en längre tid och inte får tillräckligt med vila samt återhämtning.

Samspelet mellan olika signalsubstanser utgör grunden för en persons sinnesstämning, humör, temperament, känslor, tankar och beteendet. Signalsubstansen förmedlar information mellan hjärnans olika celler. De signalsubstanser som är involverade vid depression är dopamin, serotonin och noradrenalin. Dessa är några av de signalsubstanser som påverkar hur man upplever ångest, oro, sorg och de har även en betydelse för sömnen, sexualiteten, aptiten och initiativförmågan. När man får en depression hamnar dessa signalsubstanser i obalans med samspelet i hjärnans celler. (Ledin, 2013)

Behandling

Behandling för depression delas upp i tre olika stadier, akutskede, fortsättningsvård och att upprätthålla måendet. Vid akut skede av depression är den mest effektiva vårdmetoden anti-depressiva läkemedel och terapi, mest effektivt blir det när man kombinerar dessa två. Som fortsatt vård, om depressionen är svår, kan man se på vårdalternativ som elbehandling, denna vårdmetod som även visats sig vara mycket effektiv, kan man använda om man har en svår depression. Man kan även behandlas med hjälp av ljusterapi, och olika former av psykoterapi.

Det finns av anti-depressiva läkemedel otaligt många. Det som skiljer dem åt är verkningsmekanismen och bieffekterna. Av de personer som använder sig av anti-depressiva läkemedel får två av tre hjälp av medicinerna. Då medicinerna används regelbundet, tar det 6-8 veckor innan symtomen försvinner. Dock är det väldigt individuellt hur läkemedlet påverkar. Om man avslutar medicinerna helt efter att symtomen försvinner, finns det stor risk att man återfår depressionen. Det är därför viktigt att avsluta medicin stegvis. Biverkningar som är rätt vanliga vid användning av anti-depressiva läkemedel är, viktuppgång, sexlust minskar, impotens, magbesvär och svindel.

Fortsatt vård krävs oftast eftersom det är mycket vanligt att depression kan återkomma trots att man tillfrisknat från en depression. Med hjälp av uppföljning och medicinering samt terapi försöker man motverka det.

Det finns många olika former av psykoterapi som man använder sig av vid depression. KBT, anses som effektivast. Andra är psykodynamisk terapi och samtalsterapi. (Isometsä et.al., 2015)

4.3 Ångest

Att lida av ångest innebär att vara oroad över olika saker i livet, det kan vara både små och stora saker som gör att ångest uppstår. Det kan handla om bland annat pengar, hälsa, arbete, skola, framtid eller något som hänt tidigare som utgör denna känsla av oro. Vid ångest upplevs oron som väldigt svår att kontrollera, trots försök att tänka på något annat. Ofta försöker den som lider av oro att läsa, se på tv eller få tankarna på något annat för att distrahera oron, trots detta fungerar det väldigt sällan. Oron kommer ofta och är långvarig. Skillnaden på vanlig oro och ångest beror på hur ofta oron kommer, hur kraftig och hur länge oron håller på samt hur väl man har den kontrollerad (Farm-Larsson & Wisung, 2005, s.165). Det symptom som karakteriserar ångest är många och varierar mycket från person till person. Symtom vid ångest kan vara, till exempel, svårigheter att somna, mardrömmar och orolig sömn, man vaknar ofta under natten, trötthetskänsla, muskelvärk, irritabilitet mot sig själv och andra, överdriven oro, rastlöshet, rädsla för olika saker med mera. Det finns flera olika

former av ångest, bland annat panikångest, separationsångest, social ångest, posttraumatiskt stressyndrom och dödsångest med mera. (Gustavson, 2006, s.40-48).

Vid paniksyndrom som är en form av ångest prioriteras KBT, som den första behandlingen man använder sig av. Psykologiska behandlingar för tillstånd som detta sägs ha en bättre effekt än behandling med läkemedel. Tyvärr finns det inte tillräckligt med terapeuter som har en KBT-utbildning vilket gör att det inte alltid är så lätt att få hjälp med KBT. (Carlbring & Hanell, 2015, s.17). Eftersom KBT visat positiv framgång för patienter som lider av psykisk ohälsa, så skulle man kunna erbjuda gruppbaserad KBT i slutna och öppenvård (Welfare-Wilson & Newman, 2013, s.1061).

Sömnproblem är en av de mest besvärliga följderna av ångest och depression. Sömnproblem kan se mycket olika ut, en del har problem med att somna på kvällen vilket oftast beror på ångest medan andra kan ha problem med att de vaknar alldeles för tidigt på morgonen som ofta kopplas ihop med både ångest och depression. Vid behandling av ångest och depression lättar även sömnproblemen vartefter ångesten och depressionen blir lindrigare och börjar ge resultat av behandlingen. (Leahy, 2010, s.281)

4.4 Sömn

En vuxen person behöver mellan sex och nio timmar sömn per dygn. Sömnbehovet minskar för det mesta då man blir äldre. Att ha sömnbesvär är vanligt, ungefär var tredje person har problem med sömnen ibland. Kvinnor har mer problem med sömnen än vad män har. Den vanligaste orsaken till sömnproblem är stress, psykisk ohälsa som till exempel depression och ångest, dock finns det andra orsaker som skiftesarbete, förskjuten dygnsrytm, sena måltider, kaffe, rökning, alkohol, värk eller någon annan sjukdom som påverkar sömnen negativt. Sömnen behövs även för att hjärnan och kroppen skall få vila och återhämta sig. När man sover varvar kroppen ner, puls, blodtryck och kroppstemperaturen sjunker. Musklerna slappnar av och andetagarna blir lugnare och färre. I hjärnan lagras minnen även ny kunskap lagras samt nya intryck bearbetas. Kroppens immunsystem aktiveras även och hormoner som är viktiga bildas, stresshormonsproduktionen minskar. (Bengtsson, 2013)

Om man drabbas av sömnlöshet och börjar ligga vaken om nätterna kan man med hjälp av KBT försöka bryta detta mönster där sängen är förknippat med vakenhet istället för att sova.

Enligt flera vetenskapliga studier är KBT den mest effektiva metoden när det gäller behandling av sömnproblem och är också rekommenderad som första val av behandling vid sömnproblem. Vid problem som sömnlöshet används KBT för att göra den egna naturliga sömnen bättre, med andra ord förbättra rytmen mellan sömn och vakenhet. Om man jämför med medicinsk behandling av sömnproblem medför KBT inga biverkningar eller någon risk för beroende. (Pettersson & Ström, 2007).

Enligt Becze är KBT, som behandling av sömnproblem den enda tänkbara behandlingen med effekt. Av de patienter som genomgår KBT under 6-10 veckor, svarar 70-80 % bra på behandlingen och får en ihållande effekt. Som sjukskötare skulle det vara bra att man skulle få utbildning och träning om hur man använder principer av KBT, för att sjukskötaren skall kunna vägleda patienten att använda avslappningstekniker genom bland annat andningsövningar och att sjukskötare skulle kunna leda små patientgrupper inom KBT. Sjukskötaren kan även hänvisa sina patienter till internetsidor och böcker som handlar om självhjälp inom KBT. Om en patient behöver en intensivare behandling med KBT krävs dock att behandlingen utförs av en utbildad terapeut eller psykolog. (Beze, 2011 s.14 - 15.)

När sömnproblem blir sömnlöshet

Insomni som man även kan kalla sömnlöshet, handlar om att man inte kan somna på kvällen, att man vaknar flertal gånger på natten eller att man vaknar alltför tidigt på morgonen och man klarar inte av att somna om. Man kan även ha en blandning på dessa tre ovannämnda varianterna. (Jernelöv, 2007, s. 54)

Sömnlöshet i sig själv klassas inte som en sjukdom, utan det som triggar sömnlösheten är oftast någon bakomliggande orsak. Orsakerna till sömnlösheten kan vara psykisk ohälsa som ångest, oro, depression eller något form av missbrukarproblem. Även graviditet och klimakteriet som orsakar hormonella förändringar kan orsaka sömnlöshet. Läkemedel och vissa smärttillstånd, såsom kronisk smärta, "rastlösa ben syndrom", samt smärta i benen, myrkrypningar som uppstår på kvällen och då man går och lägger sig, kan orsaka störningar i sömnen i form av sömnlöshet. Om man under en längre tid har stress eller förändrade sovtider kan det också orsaka sömnproblem. (Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2010). Metaanalyser påvisar att sömnstörning hos patienter ökar risk för att insjukna i depression eller få återkommande depression (Espie, et.al., 2007, s.574.)

Av insomni lider 5-12 procent vuxna människor. En tredjedel av alla som har skiftesarbeten lider av sömnlöshet, oftast är det unga, i synnerhet kvinnor som har insomningssvårigheter. Dock är sömnlöshet mycket vanligt hos äldre individer. Insomni delas in i tre grupper beroende på varaktigheten. Tillfällig insomni varar i mindre än två veckor, kortvarig insomni är från två till tolv veckor och långvarig insomni varar längre än tre månader. Det är mycket viktigt att behandla långvarig sömnlöshet eftersom det försvagar funktionsförmåga, ökar risken för psykiska och fysiska sjukdomar samt ökad risk för bukfetma. Perioder av insomni förekommer i alla människors liv, med det går över av sig själv. (Partinen & Riikola, 2016)

Studier visar att varje människa lider någon gång i livet av sömnlöshet. Långvarig sömnlöshet kan snabbt leda till att det blir kroniskt. Det finns även bevis om att sömnlöshet kan vara ett återkommande problem. Om en person lider av sömnlöshet, behövs tidiga effektiva åtgärder. Ju tidigare man börjar med KBT interventioner desto bättre effekt har KBT på personens hälsa. (Jansson & Linton, 2005, s.177-178).

Eftersom sömnlöshet är ett utbrett problem är det viktigt i ett tidigt skede att redovisa och behandla sömnlösheten. En längre period av sömnlöshet har också många negativa konsekvenser. Konsekvenser som ökad risk för ångest och depression. Mellan 70-80% av patienter som har sömnlöshet och behandlas med icke-farmakologiska interventioner drar nytta av dem. Patientens sömn förbättras avsevärt.

KBT-I (-i för insomnia) är ursprungligen en metod som utvecklats för att behandla psykofysiologisk sömnlöshet, som är en av de vanligaste typerna av kronisk sömnlöshet. KBT-I är särskilt inriktat på beteende och kognitiva orsakerna till sömnlöshet. I beteendet ser de på till exempel om patienten har oregelbundet sömnschema och i det kognitiva ser man om patienten har till exempel oro över konsekvenserna av vad sömnlösheten orsakar. Oavsett vad som orsakar sömnlösheten till att den blir kronisk, till exempel symptom eller diagnos, så är nästan alltid beteende och kognitiva faktorer involverade.

Det finns skäl till att undersöka om primärvårdens vårdpersonal skulle kunna utbildas för att kunna använda KBT tekniker. Eftersom studier visar att det finns för få av de som praktiserar KBT-I. Forskning visar att en grupp av sjukskötare som utövade KBT-I på patienter med sömnproblem, hade en betydande förbättring i patienternas sömneffektivitet samt en förbättring i patienternas livskvalitet. Dock behövs ytterligare forskning i detta. (Järnefelt, et.al., 2012, s.511-512).

När man behandlar sömnproblem med KBT så vill man ändra personens sömnvanor och attityder kring sömn samt utbilda personen om en sund sömnhygien. Meta-analytiska uppgifter indicerar att KBT interventioner har en hållbar förändring i patienter med kronisk sömnlöshet. Studier visar även att patienters förstahandsval är KBT interventioner än farmakologisk behandling. (Jansson & Linton, 2005, s.177-178).

Behandling

Det anses att icke-farmakologisk och en strikt sömnhygien är mer effektiv och kan ge bättre sömnkvalitet än farmakologisk behandling mot insomni. I första hand rekommenderas kognitiv terapi, av den orsaken att om man konsumerar under en längre tid sömnmedicin, så förlänger det visserligen sömnen, med det har också en betydande skadeverkan på kroppen. (Partinen & Riikola, 2016)

För att åstadkomma en god sömnhygien är det viktigt att sträva efter en regelbunden dygnsrytm, att bibehålla samma tider för sänggående och uppstigningen varje dag, vara försiktig med koffein, att undvika rökning och alkoholintag sent på dagen, eftersom detta försämrar sömnkvaliteten. Undvika fysisk aktivitet 2-4 timmar innan sängdags. Att sovrumsmiljön är den bästa möjliga det vill säga, ett tyst och mörkt rum som är svalt samt en bekväm säng. Man skall inte heller ha väckarklockan synlig mot sängen, detta kan orsaka stress, det vill säga, man ser hur länge det har gått utan att man somnat.

Att använda sömnmedicin vid akut insomni är en bra behandling under en kort period. Med anti-depressiva läkemedel har man tillämpat framgångsrikt premedicinering av sömnlöshet, eftersom de första symtomen på nedstämdhet och depression är sömnsvårigheter. (Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2010). Bensodiazepiner och lugnande antidepressiva läkemedel kan skrivas ut till akut sömnlöshet, men för ihållande sömnlöshet finns det begränsad evidens för att föredra läkemedel (Espie, et.al., 2007, s.574).

4.5 KBT som självhjälp

Före man börjar med självhjälp skall man ha talat med en läkare. Eftersom det finns likande symtom som kan vara en följd av någon medicin eller droger. Det finns även olika medicinska tillstånd som kan orsaka liknande symtom, till exempel om man har problem med sköldkörteln. Så när man väl bestämmer sig för att påbörja ett självhjälpprogram så det ända man behöver då är tid och engagemang.

Bästa sätt att påbörja ett självhjälpprogram är att man känner att man har tid och energi. Annars finns det risk att man känner sig misslyckad, då kan man förlora tron på att bli fri från sina problem. Det är viktigt att man slutför hela programmet så att resultatet av självhjälpprogrammet ska hålla i sig. Hur väl man lyckas med självhjälpprogrammet beror helt på hur mycket man tränar, inte på hur allvarligt problemet är eller hur gammal man är. Istället för att sätta all tid på att försöka ha kontroll över sin ångest, kan man använda tiden för att skapa en positiv förändring i sitt liv, utan ångest. (Carlbring & Hanell, 2015, s.28-30).

Uppbyggnad

Uppbyggnaden av självhjälpprogrammen kan vara olika, viktigt är att hitta ett program som passar patienten. Olika självhjälpprogram har olika många steg. Stegen består av information, efter varje steg kommer det övningar. Det brukar även efter varje steg komma ett litet kunskapstest, där man skriver ner svaren i ett personligt anteckningsblock, detta är ett bra sätt att bearbeta informationen. Det finns även frågor som fordrar mer eftertanke och reflektion. Eftersom övningarna går ut på att skriva ner med sina egna ord och uttrycka sina tankar, så rekommenderas det att man har ett skilt anteckningsblock under behandlingen. (Carlbring & Hanell, 2015, s.28-30).

Det som är bra med självhjälpprogram, är det att alla får arbeta då tiden passar samt i sin egen takt. I många övningar krävs det tid samt eftertanke, för att nå den största möjliga inverkan. Enligt vetenskapliga studier, så är en bra arbetstakt ett steg per vecka. Behandlingen kan ibland kännas jobbig, risken med detta är då att man tar för lång tid på sig att gå vidare i behandlingen och detta kan i sin tur orsaka att motivationen försämras samt

att man glömmer bort de tidigare stegen man gått igenom. (Carlbring & Hanell, 2015, s.28-30)

I en studie gjord av Morgan et.al (2012) framkommer det att KBT som självhjälp kan förbättra sömnkvaliteten hos patienter med sömnproblem som är förknippade som en följd till kronisk sjukdom. I en annan studie som gjorts av Pittaway et.al. (2009) framkommer även KBT självhjälp kan vara en effektiv behandling för att förbättra det psykiska måendet hos patienter med mild till måttlig depression och/eller ångest. Fisher (2013) nämner även att KBT är den mest lämpliga evidensbaserade psykologiska behandlingen för patienter med psykisk ohälsa. Och det skulle vara bra om sjukskötare i mentalvården skulle få utbildning i att använda KBT tekniker. Warrilow och Beech (2009) hävdar att det skulle finnas skäl till att sjukskötare skulle få utbildning i KBT självhjälpprogram, så att sjukskötare kan hänvisa patienter med depression att använda sig av KBT självhjälpmaterial. Så att även då patienter använder sig av KBT självhjälpmaterial så skulle sjukskötaren kunna vägleda och vara som stöd till patienten. Detta skulle då även underlätta patientens välbefinnande, och patienten skulle kunna fortsätta använda KBT självhjälpmaterial i framtiden.

Warrilow och Beech (2009) menar även att detta skulle möjliggöra att KBT självhjälpmaterial skulle bli mer tillgängligt till patienter som lider av depression i primärvården. Philip, Lucock & Wilson (2006) Menar att sjukskötare som kan hjälpa patienter med KBT självhjälp skulle vara en bra resurs för primärvården. Att sjukskötare skulle kunna ge guidad självhjälp till patienter som lider av depression och ångest. Detta skulle kunna leda till att patienter skulle kunna ha mycket bättre tillgång till KBT självhjälpmaterial.

5 Undersökningens genomförande

Detta arbete har gjorts som en systematisk litteraturöversikt. Insamling av material har skett genom tidigare gjorda studier och tidskrifter. Med hjälp av kvalitativ litteraturstudie skall det vara lättare att förstå de forskningsfrågor som studeras och att få fram olika mönster och sammanhang i det material som sökts. Genom att använda sig av kvalitativ forskningsmetod innebär det att man tolkar, beskriver och förklarar för att kunna presentera kärnan i resultaten. (Forsberg & Wengström, 2008, s. 131, 150)

Artiklarna har sammanfattats i en så kallad resumé artikel för att göra det enklare att analysera de artiklar som valts. Sedan har artiklarna analyserats med hjälp av innehållsanalys.

5.1 Val av material

Databaserna som har använts mest var CINAHL och google scholar. Sökningar gjordes även i MEDLINE och SveMed+, dock fanns det inte forskning kring detta ämne i dessa databaser. I sökningen begränsades valet av artiklar, så respondenterna valde inte material äldre än 10 år. Till teoretiska bakgrunden användes litteratur i form av böcker och internethemsidor.

5.2 Litteraturstudie

Det finns många tillvägagångssätt när det gäller att söka information för att få svar på frågeställningar i ett forskningsarbete. Det går att använda sig av befintliga dokument, olika tester, självrapporteringar, observationer, enkäter, intervjuer och attitydskalor. Det går inte att säga att något sätt är bättre eller sämre. Vilket sätt som blir valt beror på vad som tycks ge bäst svar på frågeställningarna som ställs och vilken tid och resurser som finns till förfogande. (Davidson & Patel, 2011, s.67).

Detta examens arbete har gjorts som en systematisk litteraturoversikt. För att kunna göra en systematisk litteraturstudie bör det finnas tillräckligt med tidigare studier som är tillförlitliga och som kan fungera som en grund för bedömning och slutsatser. (Forsberg & Wengström, 2008, s.30)

När man skall välja ut vilka tidigare vetenskapliga studier man skall ha med i sitt arbete och analysera måste man kontrollera att studierna är lämpliga att använda. För att ta reda på om studierna är lämpliga att använda är det viktigt att man kontrollerar att det finns ett syfte med studien? Finns det frågeställningar? Vilken metod har forskaren använt sig av i sitt arbete? Finns det ett resultat och hurudan kvalitet har resultatet? Man kan använda sig av färdigt gjorda mallar för att göra en kvalitetsgranskning av det material som man har samlat in. Finner man studier med dålig kvalitet skall dessa inte inkluderas i studien. Vid val av

material kan man även tänka på hur aktuella studier man valt ut, helst skall man välja så nya studier som möjligt. (Forsberg & Wengström, 2014, s.115-119)

På databasen CINAHL användes följande sökord, CBT nurse AND depression varav 15 träffar, CBT techniques AND nurse varav 9 träffar och online CBT AND experiences som gav 1 träff. På google scholar användes följande sökord CBT techniques for anxiety and depression som gav 52400 träffar. Sökningar gjordes även på databasen PubMed med samma sökord, dock kom det betydligt mer träffar. Respondenterna har sökt och läst igenom en stor mängd artiklar. Till arbetet valdes enbart 4 artiklar ut på grund av att respondenterna inte hittade tillräckligt material som passade. Många artiklar hittades som berörde ämnet i arbetet, dock var mycket av det material som hittades, kvantitativa studier, och valdes därför inte med i arbetet. Respondenterna har även valt bort artiklar som inte svarade på syftet och frågeställningarna.

5.3 Resumé artikel

Med hjälp av en resumé artikel gör man det enklare att analysera artiklar. I resumén skall författaren till artikeln, titel, syfte, metod som använts samt resultat framkomma. Det är viktigt att strukturen av materialet blir bra så att resultatet blir förståeligt och att senare slutsatser i arbetet blir trovärdigt. (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008 s.180-182). Artiklarna i resumén har listats i alfabetisk ordning enligt författare i en tabellform. I resumén framkommer titeln på studien, syfte, metod och resultat.

Resumé artikeln hittas som bilaga 2.

5.4 Innehållsanalys

Respondenterna har i detta examensarbete använt sig av kvalitativ innehållsanalys som tillvägagångssätt för att analysera insamlad data. Respondenterna har även i denna studie valt att använda sig av ett induktivt arbetssätt.

Innehållsanalys är en analysmetod som används flitigt inom forskning kring omvårdnad. Med hjälp av innehållsanalys kan man analysera data som, till exempel, dagböcker, böcker, brev, intervjuer, rapporter och artiklar. Kvalitativ innehållsanalys passar utmärkt till organiserat material, eftersom innehållsanalys är ett sätt att organisera, beskriva och kvantifiera det som studeras. Idén med innehållsanalysen är att man skall få en kort och exakt överblick i det man studerar.

Det finns två olika tillvägagångssätt när man gör en innehållsanalys, induktivt eller deduktivt, valet av vilket sätt man använder beror på studiens syfte. Före analysen påbörjas måste man avgöra om man endast analyserar det som framkommer klart och tydligt i det insamlade materialet eller om man även skall analysera det som finns dolt i materialet. När man använder sig av ett induktivt arbetssätt, bildar man kategorier från det insamlade materialet. När man utför en innehållsanalys går man stegvist framåt, första steget i processen gör man genom att läsa texterna som man skall analysera flera gånger för att bekanta sig med det insamlade materialet. När man gått igenom materialet ett flertal gånger funderar man på om det finns ett gemensamt tema mellan texterna och vad texten handlar om. Nästa steg i innehållsanalysen är att placera de utvalda tema från texterna i olika kategorier och sedan undersöka om kategorierna kan sammanfattas i ytterligare teman. Processens sista del är att tolka det resultat som man kommit fram till. (Kyngäs & Vanhanen, 1999, s. 3 - 11)

Det grundläggande arbetssättet för innehållsanalysen är att man på ett systematiskt och stegvis sätt ordnar data för att sedan kunna lättare identifiera teman och mönster. Grunden till innehållsanalysen är att när man samlat in all information skall man ordna "kaoset", man bryter ner informationen, bildar kategorier, sammanfattar och analyserar ser hur många gånger förekommer det sker. Innehållsanalysen avslöjar vad i texten som är, relevant, prioriteringar, värderingar och hur idéer hänger samman. Genom dessa avslöjanden kan man mäta olika saker som vad texten innehåller, som speciella ord, idéer och hur ofta de kommer, om de kommer i någon ordningsföljd, om det finns några positiva eller negativa åsikter och om det finns några logiska associationer. (Carlsson, 1991, s.62-63; Denscombe, 2010, s.307-309; Henricson, 2012, s. 341-342; Forsberg & Wengström, 2008, s. 149-151)

I innehållsanalysen har respondenterna utgående från syftet och frågeställningarna delat upp materialet och hittat gemensamma teman som bildat kategorier. Sedan har kategorierna sammanfattats i huvudkategorier.

5.5 Etiska överväganden

När en studie i form av en systematisk litteraturstudie ska inledas bör man först fundera på vilka etiska aspekter man skall följa under arbetets gång. I en vetenskaplig studie ska man vara ärlig och fusk får inte existera. Exempel på fusk i en studie kan vara att man stjälar eller kopierar en annan persons arbete eller att man använder material utan att hänvisa till den person som gjort arbetet. (Forsberg & Wengström, 2014, s.69).

I en systematisk litteraturstudie måste forskaren respektera andra forskare under hela processen och hänvisa till den tidigare forskarens arbete på ett felfritt sätt. (forskningsetiska delegationen, 2012).

Eftersom detta arbete är en litteraturstudie har inte namn eller dylikt framkommit som respondenterna behövt tänka på att hålla anonyma. I examensarbetet har etiken beaktats genom att respondenterna inte kopierat någon annans arbete. Respondenterna har i arbetet hänvisat till de personer som gjort det tidigare material som använts i studien.

Respondenterna har valt att ställa följande frågor till insamlingsmaterialet:

1. På vilket sätt kan sjukskötare ha nytta av KBT i vården av sina patienter med ångest, depression och sömnproblem?
2. Vilka åsikter har sjukskötare om att använda sig av KBT?
3. Vad är patienternas erfarenheter av KBT?

6 Resultat

I detta kapitel redogör respondenterna för det resultat som framställs av de analyserade artiklarna. De vetenskapliga artiklar som analyserats har respondenterna sammanställt i en resuméartikel som bilaga 2 till examensarbetet. I analysen framkom två huvudkategorier; sjukskötarens erfarenheter av KBT och patienters erfarenheter av KBT.

6.1 Sjukskötarens erfarenheter av KBT

Under denna huvudkategori framkom även två kategorier; positiva erfarenheter av KBT och Negativa erfarenheter av KBT.

Positiva erfarenheter av KBT

Cort et.al.(2009) har i sin studie undersökt om sjukskötare som jobbar inom den palliativa vården kunde ha nytta/användning av att delta i en grundläggande utbildning i KBT och lära sig använda delar av KBT i vården av sina patienter som på grund av sitt fysiska tillstånd besväras av ångest och/eller depression. I studien framkommer att många sjukskötare ansåg att de hade stor nytta av att ha fått delta i den grundläggande utbildningen. Att lättare kunna stöda och hjälpa sina patienter på ett annat sätt än tidigare var något som sjuksköterna upplevde att de hade fått med sig av utbildningen. (Cort, et.al., 2009).

Detta stöds även av studien som Barker et.al.(2014) har gjort, där de undersökte KBT baserade färdigheter samt hur vårdarna implementerade KBT i sitt arbete utöver den vanliga vården av COPD patienter. I denna studie var sjukskötarna positivt ställda efter att ha fått lära sig grunder i KBT tekniker. Något som sjukskötarna ansågs sig ha nytta av var bland annat att de hade fått nya och förbättrade kunskaper om psykisk ohälsa och tillstånd som depression och ångest. Den nya förståelsen och kunskapen utvecklade förstärkt självförtroende hos sjukskötarna och de upplevde att de hade nytta av utbildningen genom att de hade erhållit mera möjligheter att hjälpa sin patienter. (Barker, et.al., 2014).

Sjukskötare uppskattade att de fick delta i kortare utbildning i KBT och lära sig att använda tekniker av KBT i vården av sina patienter som lider av tillstånd som depression och ångest. Efter utbildningen kände flera sjukskötare en förändring till det bättre i relationen till sina patienter, de kände att de hade fått en fördjupad kunskap och kunde därför lättare hjälpa sina patienter på olika sätt med hjälp av de olika KBT teknikerna de lärt sig. (Cort, et.al., 2009). Någon kände även att de kunde hjälpa sina patienter på ett helt annat sätt än tidigare eftersom de hade fått mera kunskaper om vad det innebär med depression och ångestsyndrom (Barker, et.al., 2014). Det som upplevdes positivt av sjukskötarna var att de kunde känna sig mera självsäker i vården av sina patienter efter att de fått kunskaper om hur de kunde använda olika KBT tekniker. Flera sjukskötare upplevde även att de själva kunde hjälpa sina patienter med deras psykiska hälsa på grund av att de kände sig mera självsäkra i sin roll när de hade fått mera förståelse och kunskap. På grund av att de kände sig mera självsäker i olika situationer med patienter som hade psykisk ohälsa upplevde många även en att de själva kunde hjälpa och behövde då inte remittera patienterna vidare till någon annan professionell och behövde heller inte i första hand tänka på att patienten borde få någon form av medicinering för att börja må bättre. (Cort, et.al., 2009).

Utbildningen upplevdes positivt på grund av ökat självförtroende för att arbeta med patienters psykiska hälsa och en känsla av att ha mera kontroll samt lättare att handleda och hjälpa klienten att själva få bättre kontroll över sitt psykiska mående. Känsla av att vara mera utrustad och att ha ”mera kött på benen” efter utbildning var även en positiv del. Med hjälp av de olika teknikerna hade sjukskötarna lättare att veta hur de skulle gå tillväga när det gällde patientens psykiska hälsa och hade lättare att kartlägga patienternas tankar, beteende och känslor. Sjukskötarna upplevde att de kunde hjälpa sina patienter att lösa problem och att se olika problem från olika synvinklar. Om sjukskötarna tränade tillräckligt på att använda sig av KBT- teknikerna upplevde de att de också kunde använda teknikerna på ett framgångsrikt sätt. (Barker, et.al., 2014).

Negativa erfarenheter av KBT

Även om forskningar visar på att det finns många positiva åsikter om användningen av KBT metoder/tekniker finns det sjukskötare som inte är av samma åsikt. I studien som Cort et.al.(2009) gjort fanns åsikter om att det bland annat inte var ett optimalt ställe att använda sig av KBT metoder i vården av patienterna när dom befann sig hemma hos patienten. De ansåg att patientens hem inte var ett bra ställe att använda sig av KBT på grund av att patienten då hade lättare att tappa koncentrationen och istället för att fokusera på terapin börja prata om andra saker som till exempel börja visa saker som patienten just har köpt eller berätta vad han/hon hade gjort under dagen. Några sjukskötare fann även en viss svårighet att kunna avgöra med vilka patienter de kunde använda KBT med, om patienten var i ett tillräckligt bra skick så att de orkade med behandlingen med tanke på tiden. Åsikter om att det vore bäst om en erfaren KBT handledare skulle hjälpa patienten istället fanns även av vissa sjukskötare. Svårigheter att lära sig de olika delarna av KBT var även någonting som upplevdes som svårt. (Cort, et.al., 2009).

Någonting som ansågs vara svårt för att kunna använda sig av KBT metoder med patienterna var att det upplevdes svårt att få vissa patienter motiverade. Det var svårt att få patienterna motiverade på grund av att de helst ville ha en snabb och effektiv lösning på det aktuella problemet, och ville helst inte prata om sådant som upplevdes onödigt. (Barker, et.al., 2014).

Tiden var en aspekt som ansågs vara en av de negativa delarna av vissa sjukskötare, eftersom arbetsdagen kunde upplevas som tillräckligt full och hektisk från början, och då ansågs det att det inte fanns tillräckligt med tid att börja med KBT (Cort, et.al., 2009). Detta understöds även av studien som Barker et.al.(2014) gjort, var det framkommer att tiden ibland ansågs vara ett problem. Tid för att kunna använda KBT i vården ansågs inte räcka till eftersom de även hade andra arbetsuppgifter samtidigt och därför ansåg flera att de borde få extra tid för att kunna använda sig av KBT tekniker med sina patienter. Eftersom tiden upplevdes knapp för att hinna sätta in KBT i vården av patienterna, var det någon som kände att de borde få ha skilda dagar då de enbart arbetade med att behandla patientens psykiska mående med hjälp av KBT. (Barker, et.al., 2014).

6.2 Patienters erfarenheter av KBT

Under huvudkategorin patienters erfarenheter av KBT framkom två kategorier; Patienters positiva åsikter om KBT och patienters negativa åsikter om KBT.

Patienters positiva åsikter om KBT

Självhjälps program som används för behandling av depression via patientens egen dator där hemma är ett accepterat sätt av de patienter som är bekant och vana med att använda en dator sedan tidigare. De patienter som är vana med att använda en dator upplever även att online självhjälps program är till nytta för dem, på så sätt att de upplevde att de kände sig gladare och de kände att humöret inte påverkades lika mycket på ett negativt sätt. Det som upplevdes positivt med online KBT var även att patienterna kände att de fick mera insikt till vad som kunde vara bakomliggande orsaker till depressionen. Samtidigt upplevde flera patienter även att deras sömnkvalitet förbättrades och även relationer förbättrades. Patienter känner sig bekväma att få sitta hemma vid sin dator och skriva ner sina tankar och känslor samtidigt som de får ha en anonym kontakt med sin terapeut via internet. På grund av att patienterna kunde vara anonyma, upplevde flera patienter att det var lättare och bekvämare för dem att öppna sig och dela med sig av sina problem utan att känna sig generad eller likande till terapeuten, och gjorde att patienten kände sig avslappnad. Flera patienter upplevde även att de kunde vara mera ärlig mot sin terapeut när de kände sig bekväm och avslappnad. (Beattie, et.al., 2009).

Patienterna ansåg även det positivt när de kunde skriva ner sina känslor och läsa igenom vad de hade skrivit innan de sände det vidare till sin terapeut. Vissa patienter hade förväntningar på att de skulle ha mycket lättare att kunna uttrycka sina känslor och berätta om sin situation genom att skriva än om de skulle hålla en muntlig diskussion tillsammans med sin terapeut. Det fanns även patienter som varit kritiska till online KBT innan de påbörjat terapin, och som i efterhand upplevde att de hade fått en meningsfull relation till sin terapeut trots att de inte kunde se varandra, de var även förvånade att de hade öppnat upp sig och delat med sig så fort. Speciellt tidsplanering samt anpassning av KBT sessionerna uppskattades av patienterna, vidare uppskattade de även att inte behöva fundera på att ta sig till en mottagning för att träffa sin terapeut, vilket var ett avgörande val för flera patienter. (Beattie, et.al., 2009).

I en studie gjord av Anderson et.al (2008) undersöktes om KBT tekniker var en accepterad metod för patienter med ångest och depression i den palliativa vården. I studien framkom att många upplevde att deras mående hade förbättrats med bland annat mindre ångest, efter att alla sessioner var slut. En patient menade att humöret hade blivit mera positivt efter att ha slutfört KBT sessionerna. Patienterna sade att det hjälpte att tala med terapeut, eftersom de saker patienterna oroade sig för blev lättare att ta sig igenom när de fick tala om saken med sin terapeut. Patienterna kände att det hjälpte även när en terapeut aktivt lyssnade på dem när patienterna talade samt att patienterna kunde ställa frågor om de undrade något. Många av patienterna upplevde att det hjälpte när de fick använda teknikerna som att länka tankar, känslor och beteenden samman samt fysisk symtom. Patienterna upplevde då att de fick möjlighet att identifiera problem och ökad förståelse för vad patienterna kände/upplevde. Patienter upplevde även att när de fick använda sig av dagböcker så fick patienterna mera medvetenhet om negativa och positiva aktiviteter och om tankar som var positiva eller negativa som orsakade ångest, nedstämdhet, ilska eller smärta. Dagboken gjorde också att patienter kände att de hade mera kontroll över sina tankar. Dagböckerna hjälpte även patienten att se mönster i saker som hände. Vissa patienter tyckte om tekniken när man utmanar tankar, att patienterna får ta fokus på de negativa tankarna och sedan tillåta sig själv att tänka mera positivt, och att sedan fokusera på andra saker i livet. Patienterna kände att när de utmanade sina tankar, hjälpte det dem att tänka mera strukturerat och positiva tankar. Alla patienter som medverkade i studien sa att de kommer att rekommendera andra att göra KBT interventioner, men dock för patienter som har ett sådant hälsotillstånd så att de orkar genomgå sessionerna till slut och göra olika hemuppgifter. (Anderson, et.al., 2008).

Patienters negativa åsikter om KBT

Självhjälps program kan även få en negativ effekt på den deprimerade patienten på grund av avsaknaden av att inte kunna träffa sin terapeut, ansikte mot ansikte. Eftersom patienten inte ser sin terapeut ansikte mot ansikte, kan patienten heller inte få ett direkt svar från terapeuten, vilket är något som patienterna anser som negativt. På grund av att patienten kan få vänta på att få ett svar från sin terapeut är det lätt hänt att patienten tappar sin koncentration, och i studien som Beattie et.al. (2009) gjort framkom att patienterna började tänka på sådant som inte hade med ämnet att göra som till exempel shopping eller liknande under tiden de väntade på att få ett svar från sin terapeut. Patienterna upplevde frustration med tanke på kvaliteten på relationen till sin terapeut och skulle därför hellre ha haft en samtalskontakt där patienten

kunnat se sin terapeut. I studien var patienterna oroliga att terapeuten skulle missförstå patienten på något vis, till exempel om patienten i misstag skulle ha glömt att skriva ner något viktigt eller patienten skulle ha uttryckt sig på något fel sätt i texten. Andra saker som oroadde patienterna med att gå online KBT var att terapeuten inte kunde se patientens reaktioner och ansiktsuttryck och patienterna ifrågasatte då terapeutens kunnande att förstå patientens problem. (Beattie, et.al., 2009).

Många patienter upplevde att flera sessioner behövdes innan de kunde känna sig avslappnade med denna form av terapi. Vissa patienter som inte hade tillgång till en egen dator och använde någon annans dator, som till exempel av en släkting, upplevde att de kunde bli avbruten eller störd på ett eller annat vis och att de inte fick vara i fred, på grund av detta upplevde de patienterna att det var svårare att engagera sig i terapin. De patienter som inte fullföljde online KBT:n upplevde att det inte var för dem och hoppade därför av. Efter att ha gått online KBT var det många som föredrog terapi så att de kunde se terapeuten ansikte mot ansikte. (Beattie, et.al., 2009).

En KBT session på 45 minuter kan upplevas väldigt långa för patienter med många sjukdomstillstånd, som gör att patienterna fort känner sig trötta och lätt tappar koncentrationen. Något som även kan upplevdes som en jobbig faktor för dessa patienter var att energin och koncentrationen inte räcker till för eventuella ”hemläxor”. Dock kände vissa patienter att 45minuter inte räckte till för sessionen. Vissa av patienterna tyckte det var plågsamt att tänka på negativa tankar som de har upplevt, många kände även dålig fysisk kondition som gjorde att det var svårt att koncentrera sig samt att vissa patienter hade dåligt minne. (Anderson, et.al., 2008).

Två av patienterna valde att inte fortsätta KBT sessionerna. Den ena patienten gick på en session och sedan hoppade av, eftersom patienten kände sig för nedstämd för att kunna tala om de negativa tankar som patienten hade, och valde då att avsluta. Den andre patienten hoppade av efter den andra sessionen. Patienten som hoppade av den andra sessionen menade att vissa saker skall man inte tala om, som man lämnat bakom sig, att det är för plågsamt att diskutera om. Att det gör mera skada än nytta. (Anderson, et.al., 2008)

7 Tolkning

I detta kapitel har respondenterna tolkat resultat mot den teoretiska utgångspunkten och speglat mot den teoretiska bakgrunden.

Tolkning av resultatet

I resultatet om vad sjukskötare hade för erfarenheter kring KBT framkom det att sjukskötare kände sig mera självsäkrare, mera utrustad, kände att de hade mer förståelse kring depression och ångest som patienter led av, sjukskötare kände att det var lättare att handleda patienter efter att de fått KBT utbildningen. En del av sjukskötare kände även att det var lätt att använda sig av KBT tekniker med patienter. Det resulterade att sjukskötare kände att de hade nytta av KBT utbildningen. Till resultatet om sjukskötarens erfarenheter av att använda KBT passar Orems's (2001) omvårdnadsteori om omvårdnadssystem, omvårdnadskapacitet, hjälpmetoder och omvårdnadssystem med stödjande/undervisande omvårdnadssystem in. Eftersom omvårdnadskapaciteten består av attityder, kunskaper, färdigheter och egenskaper som är nödvändiga för att man skall kunna arbeta med omvårdnad. Och de nödvändiga komponenterna i omvårdnadskapaciteten är kreativ handling och tolkning, vilja att motivera för att utföra omvårdnad och praktiska färdigheter. I resultatet framkom det dock också att vissa sjukskötare kände att det fanns brister efter att fått KBT utbildningen. Sjukskötare kände att hemmet inte var ett optimalt ställe att utföra KBT tekniker eftersom patienten inte var tillräckligt fokuserad, eller om patienten inte var tillräckligt frisk så hade inte patienten tillräckligt med koncentration för att få KBT. Tidsbrist var också ett problem, sjukskötare kände att i en vanlig dag som var hektisk fanns det inte alltid tid för att utföra KBT med patienter.

För att KBT behandlingen skall bli lyckad krävs det enligt Kåver (2009) att terapeuten är empatisk, visar förståelse för patienten och respekterar patienten. Om terapeuten inte klarar av dessa kriterier så kan det hända att terapin blir kortvarig eller blir svårt att utföra. Svensson (2012) menar att det är viktigt att patienten får förståelse för de bakomliggande faktorer och sina tidigare erfarenheter och hur problemet har uppstått i första hand.

Tyvärr finns det inte tillräckligt med terapeuter som har en KBT-utbildning vilket som gör att det inte alltid är så lätt att få hjälp med KBT behandling. (Carlbring & Hanell, 2015, s.17)

Det har visats i studier att de patientgrupper som fått KBT behandling av sjukskötare, fått en signifikant förbättring i sitt hälsotillstånd, enligt Bothelius et.al. (2013). Järnfelt et.al. (2012) menar även att det finns skäl till att undersöka om primärvårdens vårdpersonal skulle kunna utbilda sig att använda KBT tekniker. Eftersom även denna studie visar att det finns få terapeuter som praktiserar KBT. Även här nämner de att i forskningarna visar det att en grupp sjukskötare som utövade KBT-I på patienter, så visade patienterna en betydande förbättring i både sömneffektivitet samt förbättring i välbefinnandet. Eftersom KBT har visat positiv framgång för patienter som lider av psykisk ohälsa så skulle man enligt Welfare-Wilson & Newman (2013) kunna erbjuda gruppbaserad KBT i öppen och sluten vård.

I resultatet om vad patienter har för erfarenhet kring online KBT framkom det mycket positivt men även en del negativa saker också. Patienter som fick KBT online, tyckte att det var bekvämt att sitta hemma och patienterna var mera avslappnade samt de kunde själva passa tiden för när de skulle göra online KBT. Patienterna tyckte även om att de fick vara anonyma och på så sätt kände patienterna att de kunde öppna sig mera och vara mer ärliga, än vad de skulle vara om patienterna skulle sitta i ett rum med en terapeut ansikte mot ansikte. Patienterna tyckte om att få skriva ner tankar och känslor på datorn, och sedan få läsa igenom det i efterhand. Dock kände många patienter brister i online KBT självhjälpsprogrammet. Många patienter sade att de tyckte att det var svårt att koncentrera sig om terapeuten inte svarade direkt, att det inte kändes som en riktig relation till terapeuten. Patienter oroade sig även över det att terapeuten skulle missförstå texten, och att terapeuten inte såg ansiktsuttryck eller patientens reaktioner. Fast patienterna var kritiska till online KBT självhjälpsprogrammet så bildades det ändå en meningsfull relation till terapeuten. Så i slutändan föredrog nog patienterna terapi med terapeut ansikte mot ansikte mera än KBT online.

Resultatet om patienternas erfarenhet kring KBT visade även att KBT förbättrar patientens välbefinnande, minskar på ångest och depression, och patienten känner att humöret blir bättre. Att ha en terapeut var en viktig del i KBT sessionerna enligt patienterna. Aktivt lyssnande av terapeuten gjorde så att patienterna kände att när det var svårt så klarade de ändå av att gå igenom det p.g.a. terapeutens stöd. KBT tekniker som hjälpte patienterna var de tekniker som länkade samman känslor, tankar och beteenden. Att använda dagböcker för att skriva ner tankar och känslor hjälpte patienten att få en struktur och ha mera kontroll över det som hände. En annan KBT teknik som patienterna också tyckte om var att patienten skulle utmana sina tankar.

Alla patienter orkade inte med långa sessioner, speciellt de som var allvarligt sjuka och inte hade tillräckligt med ork, patienterna tappade koncentrationen samt för vissa patienter svek minnet. Andra patienter tyckte inte om när man skulle tänka på negativa tankar, de ansåg att det var väldigt plågsamt. Dock menade alla patienter att de rekommenderar KBT till alla, bara de som orkar och är i god fysisk kondition så att de orkar koncentrera sig.

Till resultatet av patienternas erfarenhet passar Orem's (2001) teori om egenvård och egenvårdsbrist. Egenvårdskapacitet handlar enligt Orem (2001) om hur patienten med hjälp av en inlärd förmåga skall kunna tillfredsställa sina egna behov av vård, som styr livet och som befrämjar patientens strukturella och funktionella integritet samt tillväxt och ett befrämjande av välbefinnandet. För att detta skall hända måste patienten ha kunskaper, motivation och mentala samt praktiska färdigheter.

När man i mitten på 1980-talet började använda sig av KBT i vården av psykisk ohälsa, då redan upptäckte man att denna form av behandling gav lika bra, och ibland även bättre resultat än vad farmakologiska preparat gav. Efter att man märkte att KBT var en mycket effektiv behandlingsmetod, så började KBT gå framåt och man började använda KBT i olika problemområden. Man började använda KBT metoder på personer med ångest, senare till depression och nu använder man KBT behandling till bland annat områden som smärta, sömnsvårigheter, psykoser samt ätstörningar. Tyngdpunkten för KBT problemanalys är hur patienten samspelar sig med omgivning, tankar, känslor, kroppsliga reaktioner och handlingssätt. Fokus ligger på att man utreder samspelet och vidmakthåller problemet, eller om problemet kommer tillbaka. Man fokuserar främst på nuet och framtiden men man kan inte utesluta att inte diskutera det förflutna, hur har problemet uppstått? Terapeut och patient arbetar tillsammans, men patienter skall ofta arbeta med sina problem med hjälp av olika former av hemuppgifter. (Farm- Larsson & Wisung, 2005, s.11 - 12).

Enligt Woodward (2011) & Kåver (2009) Kräver KBT aktivt deltagande av patienter så att KBT behandlingen skall bli så effektiv som möjligt och för att KBT är målinriktad behandling, samt att patienten tar eget ansvar. Kåver (2009) menar även att patienten bör vara positivt inställd till de olika emotionella övningar och uppgifter som terapeuten delar ut till patienterna, vissa uppgifter skall också göras hemma, därför behöver patienten ta eget ansvar också över behandlingen.

8 Kritisk granskning

I detta kapitel har respondenterna gjort en kritisk granskning av examensarbetet enligt Larssons kvalitetskriterier i kvalitativa studier (1994). Larsson (1994) delar in kvalitetskriterierna i tre delar, kvaliteter i framställningen som helhet, kvaliteter i resultatet och validitetskriterier.

Kvaliteter i framställningen som helhet

Larsson (1994) menar att den som forskar behöver ha så kallat perspektivmedvetenhet innan arbetet påbörjas. Perspektivmedvetenhet innebär att forskaren har en förståelse för det valda ämnet, förståelsen är även något som förändras under tolkningsprocessen hela tiden. Utgångspunkten för tolkning blir tydlig när forskaren har en förståelse för forskningsämnet. Förståelse kan redovisas utgående från egna personliga erfarenheter.

För att få en bättre förståelse för det valda forskningsämnet har respondenterna läst böcker, dagstidningar, media samt olika artiklar som behandlat det valda ämnet. Respondenterna har även besökt olika internetsidor med självhjälpsprogram för olika psykiska tillstånd för att få en bättre inblick av vilka alternativ som finns för patienter.

Intern logik är ett av de kriterier som blir mest använt och beskrivs om en harmoni mellan forskningsfrågor, datainsamling och analysmetod. Bedömaren behöver inte ha någon djupare kunskap om det specificerade innehållet för att kunna använda kriteriet, det är även kanske en orsak varför det används så flitigt. Inom de interna logiken bör forskningsfrågorna vara ledande för analyser och datainsamlingsmetoder. Alla enskilda delar borde bli en helhet. (Larsson, 1994, s.168-170).

Respondenterna har under arbetet haft syfte och frågeställningarna i arbetet som utgångspunkt för att vidare välja datainsamlingsmaterial till studien samt i val av metoder.

Det etiska värdet är en viktig del att ta i beaktan i den kritiska granskningen av en vetenskaplig studie. Det är viktigt att forskaren ser till att de individer som på något sätt deltagit i studien är skyddade och att de inte kan kännas igen av utomstående personer. Till

det etiska värdet hör även att forskaren inte ljugar, lämnar bort någonting med avsikt eller lägger till något som inte hör till det insamlade datamaterialet som i sin tur kan påverka resultatet av studien. Till kvalitet av en vetenskaplig studie hör att forskaren har visat omsorg för dem som studerats och även dem som drabbats av resultatet i forskningen. (Larsson, 1994, s.171-172).

På grund av att respondenterna gjort en litteraturstudie har det inte kommit fram några namn på någon person och heller inte några platser som respondenterna behövt fundera på att skydda från någon utomstående person. De artiklar som respondenterna använt sig av har varit skrivna på engelska, vilket har gjort att respondenterna behövt läsa artiklarna noga och flera gånger för att försäkra sig om att de uppfattats rätt.

Kvaliteter hos resultatet

Larsson (1994) förklarar att resultatet av en vetenskaplig studie bör vara enkel och ha god struktur, det vill säga resultatet får inte uppstå som suddigt. I en bra studie är detaljer för argumentation tydliga, specifika och väsentliga. Forskaren skall undvika att ha egna teorier och lämna bort fördomar. (Larsson, 1994, s.173-175).

Respondenterna har i detta examensarbete förklarat och argumenterat för vilka val som tagits i studien. Yrkeshögskolan Novias skrivnanvisningar har följts under arbetets gång och respondenterna har försökt göra arbetet så lättläst som möjligt. Respondenternas egna teorier samt fördomar har inte framkommit i studien.

Validitetskriterier

Larsson (1994) nämner något som han kallar diskurskriteriet. Detta kriterium handlar om hur argument och påståenden klarar sig vid en prövning mot andra alternativa argument och påståenden. Arbetet har god kvalitet om analysen har producerat ett resultat som andra inte hittar några brister hos. (Larsson, 1994, s.178).

Respondenterna har under arbetets gång haft problem med att hitta tillräckligt och passande artiklar som varit kvalitativa, vilket har påverkat resultatet av studien. Om respondenterna skulle ha valt att använda sig av en annan metod, exempel, enkäter som insamlingsmetod skulle resultatet kanske ha gett ett annat resultat. Respondenterna har även under studiens gång hittat många kvantitativa studier som berört det valda ämnet, om respondenterna skulle ha valt att göra en kvantitativ studie istället för en kvalitativ studie kanske resultatet skulle ha varit något helt annat.

9 Diskussion

Det här examensarbetet är en kvalitativ litteraturstudie som handlar om kognitiv beteendeterapi (KBT), respondenterna har endast använt sig av teoretiskt material i sitt arbete. Syftet med studien var att ta reda på om sjukskötare kunde ha nytta av att använda sig av KBT i vården av sina patienter med depression, ångest samt sömnproblem, för att förbättra patientens livskvalitet. Respondenterna har använt sig av Orem's (2001) egenvårdsteori som teoretisk utgångspunkt. Innehållsanalys användes för att analysera materialet i studien. I resultatet framkom både positiva och negativa åsikter om KBT från patienters och sjukskötares sida. Majoriteten av sjukskötare ansåg att KBT är ett bra verktyg och att de kände sig mera utrustade att hjälpa sina patienter med psykisk ohälsa. Även majoriteten av patienterna fann hjälp av KBT. De patienter som var av annan åsikt var i ett sämre fysiskt hälsotillstånd, som försvårade vården med KBT.

Ångest och depression är vanligt förekommande tillstånd som vem som helst kan drabbas av. Var man än jobbar, kommer man som sjukskötare förr eller senare att möta på patienter som besväras av ångest, depression och sömnproblem. Psykisk ohälsa i form av ångest, depression och eller sömnproblem kan vara väldigt jobbigt för patienterna och då kunde det vara bra att man som sjukskötare har kunskaper om psykisk ohälsa och någon grundläggande kunskap om hur man kan hjälpa patienterna för att uppnå ett så bra psykiskt välmående som möjligt, då kunde KBT vara en metod som sjukskötares kunde använd sig av.

KBT som en vårdform, speglar sig mycket till Orem's (2001) egenvårdsaktivitet. Eftersom med KBT vill man säkerställa patientens hälsa och välbefinnande. Med KBT hjälper man patienten att skapa struktur och funktion till det vardagliga livet med hjälp av olika KBT tekniker som till exempel att länka tankar, beteenden och känslor samman, att använda sig av dagböcker och att utmana patientens tankar. Med dessa tekniker vill man då att patienten skall se vilka tankar och handlingar som gör att patienten känner som patienten gör, för att stärka patientens välbefinnande. Att använda KBT handlar inte om en period i livet utan, att förändra sitt eget tänkande till att börja tänka om, börja tänka mera positivt och få bort negativa tankar och handlingar. Att förändras till det bättre. Med KBT vill man då att man sikta in sig på ett mål, ett mål för att må bättre, att inte behöva lida av depression och ångest. Att trygga patientens hälsa och välbefinnande. Med KBT lär man patienten en ny inlärningsförmåga, man lär patienten att tänka om, att handla om, att länka tankar, känslor och beteenden samman. Detta för att gynna patientens välbefinnande, så att inte patienten behöver lida av depression ångest eller sömnproblem.

Och med denna nya inlärningsförmåga skall patienten kunna gynna sitt eget välbefinnande även i framtiden, efter att ha avslutat KBT sessionerna. Enligt Orem (2001), behöver sjukskötare fem olika tillvägagångssätt med hjälpmetoder för att kunna vårda en patient. Som sjukskötare skall man kunna hjälpa en annan individ, handleda, vägleda och stötta patienten både psykiskt och fysiskt. Vårdare skall kunna lära ut till patienten, det patienten behöver kunna för att komplettera vården. Det vill säga med den nya färdigheten sjukskötare får med KBT utbildning, hjälper det sjukskötaren att vägleda, handleda och hjälpa en patient som lider av psykisk ohälsa, som depression, ångest och sömnproblem, för att patienten själv ska kunna komplettera vården med sjukskötarens vägledning och hjälp.

I de flesta artiklar som respondenterna har läst har det varit mycket positivt kring KBT som behandlingsmetod. Sjukskötare har ansett att de hjälpt dem i vården av deras patienter som besvärats av tillstånd som depression och ångest. I studien har det framkommit att sjukskötare upplevt att de känt sig mera självsäker att bemöta sina patienter som haft psykisk ohälsa och därmed upplevt att de fått en bättre relation till sina patienter och då kunnat hjälpa patienterna på ett annat sätt. Patienterna har även ansett att KBT varit en hjälpsfull metod när det gäller deras psykiska mående. Även om sjukskötare inte skulle använda sig av KBT teknikerna i praktiken kunde det vara bra om de hade kunskap om hur de kunde hänvisa sina patienter vidare, till exempel skulle sjukskötare kunna hänvisa sina patienter till olika internetsidor med KBT självhjälp samt olika böcker om KBT.

Det som respondenterna anser har varit jobbigt eller svårt under arbetets gång har varit att hitta bra och tillräckligt med artiklar som berör det valda ämnet. Respondenterna hade svårt att hitta kvalitativa studier som berör just det valda ämnet, dock hittades många kvantitativa forskningar kring ämnet KBT, som respondenterna då valde att använda till den teoretiska bakgrunden. Om respondenterna hade valt att göra en kvantitativ studie istället för en kvalitativ, kanske resultatet av studien skulle ha blivit något helt annat. Respondenterna har suttit många timmar om sökt passande artiklar till ämnet utan något större resultat. I framtiden skulle man kunna göra fler kvalitativa forskningar kring detta ämne.

Källförteckning

Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Lenndin, J. & Vernmark, K. 2007. *Ut ur depression och nedstämdhet med kognitiv beteendeterapi, ett effektivt självhjälpssystem*. Stockholm: Viva

Barker, D., Davis, C., Dixon, B., Hodgson, A., Reay, S & Barclay, N. 2014. Training community matrons in basic cognitive behavioral therapy-based techniques for patients with COPD. *British journal of community nursing*. (19). 6. s. 274-283

Beattie, A., Shaw, A., Kaur, S & Kessler, D. 2009. Primary-care patients expectations and experiences of online cognitive behavioural therapy for depression: a qualitative study. *Journal compilation*. (12). s. 45-59

Bengtsson, K, 2013. www.1177.se. Sömnsvårigheter. (hämtad: 22.2.2016)

Beze, E., 2011. Cognitive-Behavioral Therapy for insomnia. *Clinical journal of oncology nursing*, s.14-15.

Bothelius, K., Kyhle, K., Espie, C. & Broman, J-E. 2013. Manual- guided cognitive-behavioural therapy for insomnia delivered by ordinary primary care personnel in general medical practice: a randomized controlled effectiveness trial. *European Sleep Research Society*. 22. s. 688-696

Burgess, M. & Chalder, T. 2008. *Ut ur trötthet med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: vivaförlag.

Carlbring, P., Hanell, Å. 2015. *Ingen panik. Fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med kognitiv beteendeterapi*. Lettland: Natur & kultur.

Cort, E., Hansford, P., Hotopf, M., Kapari, M., Monroe, B. & Moorey, S. 2009. Palliative care nurses' experiences of training in cognitive behaviour therapy and taking part in a randomized controlled trial. *International journal of palliative nursing*, (15),6. S.290-298

Davidson, B. & Patel, R. 2011. *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: studentlitteratur AB.

Denscombe, M., 2009. *Forskningshandboken. För småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur Denscombe, M., 2009.

Espie, C. Macmahon, K., Kelly, H-L., Broomfield, N., Douglas, N., Engleman, H., McKinstry, B., Morin, C., Walker, A & Wilson, A. 2007. Randomized clinical effectiveness trial of nurse-administered small-group cognitive behavior therapy for persistent insomnia in general practice. *Sleep*, (30), 5. s.574-584

Farm Larsson, M., Wisung, H. 2005. Fri från oro, ångest och fobier. *Råd och tekniker från kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: bokförlaget Forum

Fischer, J. E. 2014. The use of psychological therapies by mental health nurses in Australia. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, (21). S.264-270

Forsberg, C. & Wengström, Y., 2009. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Forskningssetiska delegationen., 2012. (Online) *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland. Forskningssetiska delegationens anvisningar*. www.tenk.fi (hämtad: 13.1.2016)

Gustavson, C. 2006. *Tänk om jag är knäpp? Om ångest, panik, fobier och tvångstankar*. Västerås: ICA bokförlag

Granskär, M. Höglund-Nielsen, B. (2008) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Hungary: Reálszisztéma Dabas Printing House.

Henricson, M., 2012, *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. [u.o]: Studentlitteratur

Huttunen, M. 2015. *Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö*. (online) www.terveyskirjasto.fi (hämtat:27.4.2016)

Institutet för hälsa och välfärd. 2015. *Masennus*.(online) www.thl.fi (hämtat: 27.4.2016)

Institutet för hälsa och välfärd. 2015. *Unihäiriöt*.(Online) www.thl.fi (hämtat: 12.1.2016)

Isometsä, E., Kivekäs, T., Lindfors, O., Marttunen, M., Tarnanen, K. & Tuunainen, A. 2015. Mieli maassa, mikä avuksi? www.käypähoito.fi (hämtat: 23.3.2016)

Jansson, M. & Linton, S.J. (2005) Cognitive-Behavioral Group Therapy as an Early Intervention for Insomnia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*. (15). 2. s. 177-190

Jernelöv, S. 2007. *Sov gott! Råd och tekniker från KBT*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Järnefelt, H., Lagerstedt, R., Kajaste, S., Sallinen, M., Savolainen, A. & Hublin, C. 2012. Cognitive behavior therapy for chronic insomnia in occupational health services. Springer. S.511-521.

Kirkevold, M. 2000. *Omvårdnadsteorier- analys och utvärdering*. (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Kubicek, H. 2008. *Fri från depression med kost, motion och sömn*. Stockholm: Fitnessförlaget

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999). Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, 11 (1)

Kåver, A., 2009. *KBT i utveckling. En introduktion till kognitivbeteendeterapi*. Natur och kultur: Stockholm

Larsson, S.(1994) Om kvalitetskriterier I kvalitativa studier, Ingår i Starrin, B. & Svensson, P-G (red), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*, studentlitteratur

Ledin, C. 2013. Depression. www.vardguiden.se. (hämtat 23.3.2016)

Leahy, R. 2010. *Ångestfri. Bli av med dina rädslor och fobier*. Natur & kultur.

Morgan, K., Gregory, P., Tomeny, M., Psy, C., David, B. & Gascoigne, C. 2012. Self-Help treatment for insomnia symptoms associated with chronic conditions in older adults: A randomized controlled trial. *The American geriatrics society*.(60). 10. S.1803-1810

Orem, D. 2001. *Nursing concepts of practice*. (6 uppl.) St. Louis: Mosby.

Partinen, M & Riikola, T, 2016. www.kaypahoito.fi. Sömnproblem. (hämtat: 29.02.2016)

Petterson, R. & Ström, L., 2007. *Bli fri från sömnproblem med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag.

Philips, F., Lucock, M.P. & Wilson, A.R. 2006. Primary care-based guided self-help for depression provided by a nurse practitioner: a pilot evaluation. *Primary care mental health*. (4). s. 159-164

Pittaway, S., Cupitt, C., Palmer, D., Arowobusoye, N., Milne, R., Holttum, S., Pezet, R. & Patrick, H. 2009. Comparative, clinical feasibility study of three tools for delivery of

cognitive behavioral therapy for mild to moderate depression and anxiety provided on a self-help basis. *Mental health in family medicine*. 6. S.145-154.

Svensson, R., 2012. www.1177.se. Psykoterapi. (hämtat: 07.03.2016)

Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2010. www.sahlgrenska.se. Insomni. (hämtat: 28.02.2016)

Warrilow, A.E. & Beech, B. 2009. Self-help CBT for depression: opportunities for primary care mental health nurses?. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. (16) s. 792-803

Welfare-Wilson, A. & Newman, R. 2013. Cognitive behavioural therapy for psychosis and anxiety. *British journal of nursing*. (22). 18. s. 1061-1065

Woodward, S. 2011. Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia in Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. (15). 4. s. E42-E52

Bilaga 1

4	Sökord	Antal träffar	Antal valda
CINAHL 26.05.2016	CBT nurse AND depression	15	1
26.05.2016	CBT techniques AND nurse	9	1
26.05.2016	Online CBT AND experiences	1	1
Google scholar 30.03.2016	CBT techniques for anxiety and depression	52400	1

Bilaga 2

Författare och årtal	Titel	Syfte	Metod	Resultat
<p>Anderson, T., Davidson, R. & Watson, M. 2008</p>	<p>The use of cognitive behavioural therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients: a feasibility study</p>	<p>Studiens syfte var att bedöma om användningen av KBT tekniker är en acceptabel intervention hos patienter inom den palliativa vården och personalen kunde använda sig av dessa tekniker med en kort KBT utbildning.</p>	<p>En genomförbarhetsstudie av en kort KBT intervention gjordes. En kvalitativ analys gjordes av patienters feedback från semi-strukturella intervjuer.</p>	<p>I studien deltog 11 patienter, alla deltog i en kort kurs där de fick använda sig av KBT tekniker. 10 patienter tyckte det var en acceptabel intervention. 1 av patienterna tyckte inte att det var bra pga. sjukdom, slöhet och svår depression. 8 patienter upplevde att symtom på ångest och depression blev bättre. Studien visade även att personalen inom den palliativa vården kunde ha bra nytta av KBT tekniker i vården av patienter med mild till måttlig ångest och depression.</p>
<p>Barker, D., Davies, C., Dixon, B., Hodgson, A., Reay, S. & Barclay, N. 2014</p>	<p>Training community matrons in basic cognitive behavioural therapy-based techniques for patients with COPD</p>	<p>Syftet var undersöka KBT baserade färdigheter samt hur föreståndare implementerade KBT i vardagen utöver den vanliga vården av COPD patienter.</p>	<p>Studien innehåller både kvalitativ och kvantitativ teori och analys. Deltagarna fick en två dagars utbildning i KBT tekniker, och blev sedan övervakade under 6 månader medan de använde sig av dessa tekniker av KBT terapeuter.</p>	<p>I resultatet framkom att utbildningen hade varit användbar och deltagarna hade fått en förbättrad kunskap och förståelse för KBT baserade tekniker. Deltagarna kände att de hade bättre förståelse för KBT samt sina patienter och kunde därför lättare hjälpa sina patienter på ett annat sätt.</p>

<p>Beattie, A., Shaw, A., Kaur, S. & Kessler, D. 2009</p>	<p>Primary-care patients expectations and experiences of online cognitive behavioral therapy for depression: a qualitative study</p>	<p>Syftet med studien var att utforska erfarenheter och förväntningar av KBT behandling via internet för primärvårds patienter med depression.</p>	<p>En kvalitativ studie. I Studien gjordes före och efter terapi semi-strukturella intervjuer med patienterna.</p>	<p>De flesta deltagarna gick sin terapi via sin egen dator som de hade hemma, de upplevde att det var en stor fördel på grund av att det var bekvämt samt en passande terapi i deras dagliga rutiner. Men denna form av KBT kan även medföra negativa tankar hos patienten p.g.a. avsaknaden av att se terapeuten ansikte mot ansikte, terapeuten kan då heller inte ge direkt respons på patientens reaktioner och tankar.</p>
<p>Cort, E., Moorey, S., Hotopf, M., Kapari, M., Monroe, B. & Hansford, P. 2009</p>	<p>Palliative care nurses' experiences of training in cognitive behaviour therapy and taking part in a randomized controlled trial</p>	<p>Syftet var att ta reda på om sjuksköterare inom den palliativa vården skulle kunna använda sig av grundläggande delar av kognitiv beteendeterapi i vården av cancerpatienter med ångest och depression om de skulle få en grundläggande utbildning i KBT.</p>	<p>I studien valdes slumpmässigt 15 sjukskötare ut för att få utbildning inom KBT eller att fortsätta med att arbeta som vanligt. Sjukskötarna intervjuades efter att de fått utbildningen samt en till gång efter själva forskningen.</p>	<p>Sjukskötarna som fick utbildning inom KBT kände en positiv förändring i sitt arbete. Sjukskötarna kände sig mera delaktiga i vården, mera kompetenta och effektiva att bedöma och stöda och att hjälpa till förändring hos patienter med depression och ångest. Sjukskötarna satte ett stort värde på att få utbildning inom detta område.</p>