

I psykisk helsearbeid er relasjonen grunnlaget for helsehjelpen

Tilfriskning fra en psykisk lidelse eller ruslidelse kan skje utenfor tradisjonelle terapeutiske rammer, på biltur, i sosialt samvær og på andre hverdagslige arenaer.

Ole Martin Nordaunet

Klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie og stipendiat
Lovisenberg diakonale høyskole og Karlstads universitet

Psykisk helse

Psykisk helsearbeid

Rusomsorg

Rusmisbruk

Sykepleien 2021 109 (85826) (e-85826)

DOI: 10.4220/Sykepleiens.2021.85826

Hovedbudskap

Sykepleie innen psykisk helse og rus er i stor grad basert på relasjonelt arbeid. Relasjoners betydning for utøvelsen av sykepleie er godt beskrevet i sykepleieteorien. En viktig del av en tilfriskningsprosess er sosiale og relasjonelle opplevelser, hvor tilknytning til andre personer og lokalmiljøet kan være et utgangspunkt for å bli bedre av en psykisk helse- og/eller ruslidelse. Artikkelen viser hvordan sykepleiere i primærhelsetjenesten legger til rette for slike relasjonelle og sosiale opplevelser.

Helt sentralt for sykepleiefaglig psykisk helse og rusarbeid (PHR) er interaksjonen mellom den som gir og den som får helsehjelp. Relasjonen mellom brukere og sykepleiere er grunnlaget for helsehjelpen (1).

Mye av helsehjelpen utføres i kommunene, som har et viktig ansvar for å yte psykisk helse og rus-tjenester av god kvalitet. Her er sykepleiere sentrale i den hjelpen som gis til innbyggere med psykisk helse- og/eller rusproblemer (2).

Sykepleie innen PHR er et sammensatt fagfelt. Denne artikkelen tar utgangspunkt i et verdigrunnlag som er basert på et humanistisk orientert menneskesyn, fremfor en psykiatrisk og biomedisinsk forståelse av psykiske lidelser og rusproblemer (3, 4).

Recovery er subjektivt

Over lengre tid har det vært en recovery-orientering av helsetjenestene innen PHR, og flere kommuner har recovery-orientering av sine tjenester som et uttalt mål (5, 6).

Recovery-tankegangen har sitt utspring i en bevegelse for menneskerettigheter og tilgang på bedre helse- og sosialtjenester i USA på 1960-tallet, i en tid med store sosiale forskjeller (7).

«Recovery ble ansett som en dypt personlig prosess.»

Recovery som idé og praksis fikk økt fotfeste på 1980- og 1990-tallet og ble i sin tidlige form beskrevet som den subjektive opplevelsen det er å komme seg fra en psykisk lidelse. Recovery ble ansett som en dypt personlig prosess, noe som igjen åpnet for ideen om at tilfriskning fra psykiske lidelser også kunne forekomme på arenaer utenfor det etablerte tjenesteapparatet (8, 9).

Kunnskapen om recovery-orienterte tjenester i Norge øker stadig. Denne artikkelen har til hensikt å bidra med ny kunnskap om hvordan sykepleiere praktiserer relasjonell recovery innen PHR.

Bakgrunn

Sosiale ulikheter hindrer tilfriskning

Det er flere måter å forstå og praktisere recovery på. Kunnskapen om og oppfatningen av bedringsprosesser har endret seg fra å se mest på individuelle prosesser til heller å fokusere på sosiale møteplasser og arenaer hvor tilhørighet og håp kan utspille seg (10).

Nyere forskning på recovery har utforsket og beskrevet sosiale opplevelser som fundamentalt i bedringsprosesser, og er et utgangspunkt for å stille spørsmål ved helsehjelp og behandling som skjer individuelt, utenfor sosiale rammer og interaksjoner. Mange personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer opplever at sosial ulikhet og eksklusjon fra lokalmiljøet er et hinder i tilfriskningsprosessen (11).

Ulike barrierer i bedringsprosesser har blitt beskrevet av brukerbevegelsen Recovery in the bin, som hevder at personer med psykiske lidelser og/eller ruslidelser opplever utfordringer i tilfriskningsprosesser på grunn av marginalisering, stigmatisering, sosialt utenforskap, dårlig tilgang til helsehjelp og vanskelige økonomiske forhold (12).

Price-Robertson, Obradovic og Morgan (13) utfordrer stereotypiske oppfatninger av brukere som enslige, barnløse personer hvor tilfriskning kjennetegnes av selvstendighet og deltakelse i arbeid. Godt psykisk helse og rus-arbeid kan blant annet handle om å motvirke diskriminering og stigma og redusere systemisk diskriminering, bidra til at helsehjelp skal være lett tilgjengelig for alle, og gjøre det lettere for brukere å finne frem i et fragmentert helse- og velferdssystem (14, 15).

Med andre ord er det viktig å rette et kritisk blikk mot systemnivået i helse- og velferdssystemet og mot sosiale ulikheter i samfunnet for å adressere forhold som medvirker til dårligere tilgang på helsehjelp, og som kan hemme tilfriskningsprosesser.

Sykepleieren skal ikke krenke

I den mer praktiske utøvelsen av sykepleie rettes blikket primært mot det mellommenneskelige møtet. Ifølge Barker kan sykepleie innen psykisk helsearbeid beskrives slik: «Når sykepleieren hjelper den andre med å utforske måter å vokse og utvikle seg på som menneske, og bidrar til å forme en forståelse for hvordan man lever med og kanskje kan bevege seg ut fra sine problemer, utøves sykepleien på et praktisk plan» (16, s. 3).

«Sykepleierens rolle er å skape rom for skjønn og ettertanke.»

Det mellommenneskelige møtet handler først og fremst om å rette oppmerksomheten mot den andre og å beholde roen og konsentrasjonen i møte med andres lidelse, samtidig som man kan undre seg over den andres liv og væren (15). Sykepleierens rolle og funksjon i PHR er å innta en holdning om ikke å krenke og å skape rom for skjønn og ettertanke (16).

Studier som undersøker relasjonell sykepleie og sammenhengen det kan ha med tilfriskningsprosesser, er i liten grad gjennomført i en norsk kontekst. Problemstillingen som denne artikkelen søker å besvare, er: Hvordan beskrives og praktiseres relasjonelt arbeid av sykepleiere innen kommunalt psykisk helse og rus-arbeid, og hvordan kan dette ses i sammenheng med tilfriskning fra psykisk helse- og/eller rus-problemer?

Etiske vurderinger

Før datainnsamlingen ble gjennomført, ble det sendt en forespørsel om forhåndsvurdering til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). REK vurderte at studien ikke var søknadspliktig, og viste til Norsk senter for forskningsdata. I og med at kommunen hvor studien ble utført, har et eget personvernombud, fungerer personvernombudet som databehandlingsansvarlig etter avtale med NSD.

Personvernombudet var med på utformingen av informert samtykke, behandling av filer / datasikkerhet og sikker sletting av lydfiler. Studien ble godkjent av avdelingslederen på avdelingen.

Til en studie som blir gjennomført på egen arbeidsplass, stiller NSD særskilte krav til tydeliggjøring av frivillighet, et tydelig skille mellom kollega og forsker, tilgang til opplysninger og informasjon om taushetsplikt (17).

Metode

Utvalget besto av fire kvinner og en mann. Alle er sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid, og alle har lang og variert erfaring. For å strukturere intervjuene benyttet jeg to åpne spørsmål som utgangspunkt:

Hvordan jobber du for å styrke relasjonen mellom deg og bruker?

På hvilken måte vil du beskrive hvordan relasjonelt arbeid kan ha sammenheng med tilfriskning (recovery) fra psykisk helse og rus-lidelse?

Undervis i intervjuene stilte jeg utdypende spørsmål. Etter intervjuene brukte jeg Braun og Clarkes (18) tematiske innholdsanalyse for å analysere datamaterialet. Meningsenheter ble grovsortert, og jeg utviklet koder som dannet utgangspunktet for temaene.

Datamaterialet ble sortert i en matrise (se tabell 1). I utviklingen av temaer så jeg på datamaterialet i lys av radikale praksiser beskrevet av Oute, Ness og Glasdam, som vektlegger sosiale aspekter av tilfriskningsprosesser basert på humanistiske og sosialt orienterte forståelser av personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer på en måte som ikke begrenser deres autonomi og myndighet (4).

Tabell 1. Utdrag av oversikt over meningsenheter, koder og temaer

Eksempel på meningsenhet	Koder	Temaer
«Jeg bruker bestandig tid på å bli kjent, men helt fra starten av har jeg i bakhodet at bolig og økonomi er kjempeviktige faktorer for at mennesker skal kunne komme seg videre, og veldig mange i den gruppa som jeg jobber med, har problemer med bolig og økonomi. Hvis man ikke har økonomi og bolig på plass, er det etter min mening slik at man ikke kommer noen vei i det hele tatt. Derfor hjelper jeg til med å søke og ordne med papirer.» (SPL1)	Være aktive sammen Fleksibilitet En involverende tjenesteyter Mestringstro Bevege seg utenfor det forventede	Mellom omsorg og utvikling
«Jeg tenker at relasjoner som gir håp, er kjempeviktig. At vi kan være formidlere av håp, og at vi faktisk kan hjelpe til med å gjøre ting bedre. Har du ikke håp, så er det fryktelig vanskelig å få gjort noe som helst, det å ha drømmer, hva man kan oppnå ... Jeg vet at mange av våre brukere har masse ressurser, mange er kjempeflinke til mye.» (SPL4)	Styrkebasert tilnærming Lyttende Redusere forutinntatthet Øke egenverd Egenstyrke Adressere stigma	Å jobbe relasjonelt handler om å innta en holdning og et standpunkt

Mellom omsorg og utvikling

Brukerne skal ha en funksjonell bosituasjon

Sykepleiere i denne studien beskriver relasjonell recovery som en balansegang mellom å gi omsorg og trygghet på den ene siden og på den andre siden å skape rom og arenaer for utvikling. En god og stabil bosituasjon nevnes av deltakerne som en forutsetning for god helsehjelp.

Dette kommer tydelig frem i intervjuene, hvor deltakerne er opptatt av at brukerne skal ha en funksjonell bosituasjon. I det følgende utdraget beskriver en deltaker hvordan en slik prosess kan arte seg i et relasjonelt samarbeid:

«Jeg prøver å være på tilbudssiden i forhold til ting som er viktig for den enkelte bruker å få gjort. I ett tilfelle møtte jeg en bruker som hadde mange utfordringer, men særlig var bosituasjonen hans håpløs. Jeg tenkte at så lenge ikke bosituasjonen ikke er i orden, så nytter det ikke å holde på med det andre.

«Å gjøre noe ekstra eller uventet kan skape arenaer for relasjonell recovery.»

Da ble vi enige om at jeg skulle bistå brukeren med å gjøre det som måtte gjøres, da var jeg litt utenfor, men da var vi på visning på kveldstid for å hjelpe han med å finne seg et nytt sted å bo. Så hvis visningen er klokken 5, så dro vi ut og gjorde det.

Jeg hjalp litt til også i hjemmet med å få kjørt ting unna, jeg var ikke så opptatt av hva som var ordlyden i vedtaket, men heller hva brukeren hadde behov for. Så lenge jeg ikke føler at det er en forventning, så gjør jeg gjerne det. Det merker jo også brukeren, og dette er med på å styrke relasjonen.» (SPL5)

Sykepleieren tar et tydelig standpunkt om hva som er «innenfor» og «utenfor» de avtalte forventningene om hjelp. Å gjøre noe ekstra eller uventet kan skape arenaer for relasjonell recovery og kan forstås som en bevegelse vekk fra individuelle prosesser og over til relasjonelle opplevelser som utgangspunkt for bedring.

Å være sammen er å gjøre noe sammen

Den samme deltakeren utdyper dette med et annet scenario. Å være sammen kan like mye handle om å gjøre noe sammen:

«Jeg har god erfaring med å dra i stallen og være med dyr, særlig hest. Jeg står og møkker, og brukeren steller hesten. Kommunikasjonen mellom oss tar da en vei via omsorg for dyret, noe som gjør at brukeren kan bli trygg på meg, selv om det er vanskelig å sette ord på det som er vanskelig.» (SPL5)

Forutsetningene legges av arbeidsgiver

Deltakerne er enige om at gode rammebetingelser er en forutsetning for å jobbe relasjonelt. En deltaker oppsummerer det slik:

«Jeg tror mye handler om hvor mye det tilrettelegges på arbeidsplassen for at man skal få rom til å kunne skape disse relasjonene.» (SPL3)

Forutsetningene for å skape rom og frihet blir lagt av en arbeidsgiver som stoler på sine ansatte, som i mindre grad vektlegger standardisering, og som legger til rette for frihet i arbeidet. Det kan handle om å ha tilgang på bil, slik at man kan komme seg ut av kontoret og se noe annet. En deltaker sier det slik:

«Auto-terapi mener jeg er gull, veldig ofte så synes jeg at dialogen blir veldig fin. Man sitter i en bil, hvis det blir stille, kan man heller prate om de tingene som skjer underveis, det man ser og slikt. Man kan snakke om opplevelser i nærområdet. Det kan komme frem en del opplysninger som man kan dra nytte av senere.»

(SPL5)

Gjennom beskrivelsen over får man et innblikk i at helsehjelpen kan utføres utenfor tradisjonelle rammer. Deltakerne beskriver bruk av bilkjøring som en måte å komme seg ut på, hvor samtalen kan gå lettere.

Kontroll over livet skaper mestringstro

En annen deltaker deler sin erfaring om betydningen av relasjonen og det å støtte opp under myndiggjøring og mestringstro. Deltakeren beskriver det slik:

«Jeg tror det viktigste med å bygge relasjon og hjelpe brukere i sine tilfriskningsprosesser handler om å ta tilbake kontrollen i eget liv. Det tror jeg er det viktigste, det er det jeg har sett mest i min arbeidserfaring, det kan være mange veier å nå det målet på.

«Relasjonell recovery er en balansegang mellom omsorg og utvikling.»

Gjennom å oppleve økt kontroll og innflytelse i eget liv styrker man også opplevelsen av mestring, men veien inn kan handle om en vilje til endring, noe om troen om at det kan bli annerledes, en optimisme for fremtiden.» (SPL3)

Sykepleierne beskriver relasjonell recovery som en balansegang mellom omsorg og utvikling. På den ene siden handler det om å skape trygghet, som på den andre siden kan være et utgangspunkt for å hjelpe brukere med psykisk helse- og/eller rusproblemer inn i nye opplevelser og erfaringer som kan bidra i tilfriskningsprosessen.

Å jobbe relasjonelt handler om å innta en holdning og et standpunkt

Helsehjelpen må ut av terapirommene

Et annet funn fra denne studien handler om deltakernes holdning til sitt fag og sin brukergruppe. Å jobbe relasjonelt kan også handle om å hjelpe brukere som har falt utenfor storsamfunnet, eller å vise omsorg og omtanke på andre måter enn gjennom samtale. Sykepleierne jeg intervjuet, er opptatt av å ta helsehjelpen ut av terapirommene og inn i samfunnet og til hverdagslige møteplasser.

Å gå sammen ut på kafé kan for mange virke trivielt og fjernt fra det man forbinder med sykepleiefaglig arbeid. Men det som for mange kan være trivielt og alminnelig, kan for andre oppleves som fremmed, farlig eller ukjent.

«Å vise ettertenksomhet og interesse kan styrke relasjonen.»

Da er en faglig trygg støtte godt å ha med seg. Målet er ikke nødvendigvis å jobbe med eksponering, men heller å åpne opp for hverdagslige og alminnelige arenaer:

«For meg handler det om å ikke tenke så mye på sykdom og diagnoser, men heller se personen bak, kunne være seg selv, sammen med andre. Å være på kafé kan være en arena hvor man flytter fokuset ut fra sine egne utfordringer og heller kan delta i en hverdagslig aktivitet.» (SPL2)

Å vise ettertenksomhet og interesse kan også gjøres på ulike måter og kan styrke relasjonen. Deltakerne i denne studien bruker telefonen aktivt som et arbeidsverktøy for å holde kontakt med sine brukere. En sykepleier reflekterer slik over betydningen av å sende tekstmeldinger til brukere for å holde kontakten:

«Man må ikke møtes ansikt til ansikt for å kunne jobbe relasjonelt, tror jeg, bare det å få en tekstmelding, spørre om hvordan det gikk i helgen eller noe sånt, bare det å sjekke inn, ikke for å kontrollere, men for å sende et budskap om at 'jeg er her', og er det noe, så vet du hvor du har meg.

Det er viktig å huske på hva det kan bety å få en tekstmelding og bli spurt hvordan var det var i forrige uke når du skulle sånn og sånn, det betyr jo at noen ser meg som person, og det er viktig.» (SPL1)

Sykepleien skal skape arenaer for samhandling

Å vise omtanke og respekt for brukerne kan gjøres på mange måter. En deltaker beskriver hvordan hun møter sine brukere. Hun mener at tjenestene bør være innrettet på lik linje med andre helt ordinære helsetjenester, og hun utfordrer stigmatiserende holdninger:

«Gruppen jeg jobber med, er en stigmatisert gruppe, de er ikke velkommen overalt, og det er noe med når man åpner døra her, med et smil, hei, her er jeg og jeg har ventet på deg, hyggelig å se deg! Rett og slett ønske noen velkommen inn.

Venterommet skal se helt alminnelig ut. Det er frukt, lesestoff, fersk kaffe på kanna ... Jeg synes det er fint, her føler de seg trygge, de kan kommet hit, blir tatt imot ...» (SPL4)

Sosial støtte og relasjonell recovery er en motvekt mot individualistiske tilnærminger i psykoterapien. Deltakerne i denne studien har en klar oppfatning av sykepleiens funksjon i å skape arenaer for relasjonell samhandling i lokalmiljøet.

Avsluttende refleksjon

Denne artikkelen har undersøkt sammenhengene mellom sykepleie og relasjonell recovery. Deltakerne i studien beskriver hvordan relasjonell sykepleie utøves i praksis, hvor en forutsetning er gode rammebetingelser fra arbeidsgiveren.

Helt sentralt er hvordan sykepleiere i PHR kan fremme relasjonell recovery. Dette beskrives som best utført utenfor tradisjonelle terapeutiske rammer, på biltur, i kontakt med natur og med dyr, i sosialt samvær og på andre arenaer hvor man kan få en opplevelse av alminnelighet.

«Tilfriskning kan forekomme utenfor tradisjonelle rammer.»

Funnene presentert i denne artikkelen bygger opp under tanken om at tilfriskning fra et psykisk helse- og/eller rusproblem kan forekomme utenfor tradisjonelle rammer, og at små, anerkjennende handlinger er viktige elementer i en bedringsprosess (19, 20).

Det er likevel nødvendig å spørre seg om helsehjelp som foregir å være recovery-orientert, faktisk er det. For at helsevesenet skal tilby recovery-orienterte tjenester, må fokuset vekk fra individualistiske prosesser og over til praksiser som favner brukeres sammensatte livssituasjoner og sosiale behov (13).

Sykepleiere innen PHR bør problematisere individuelle behandlingsforløp i primærhelsetjenesten og rette søkelyset mot sosiale og relasjonelle praksiser som kan støtte opp under sosiale behov, tilhørighet og meningsfulle aktiviteter.

Sykepleieres bidrag kan ha stor verdi i en videre recovery-orientering av helsetjenestene. Fremtidig forskning kan undersøke nærmere sykepleiers betydning i recovery-orienteringen av primærhelsetjenesten.

Referanser

1. Gonzalez MT. Relasjonsarbeid – sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I: Gonzalez MT, red. Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming. Oslo: Gyldendal; 2020. s. 57–67.

2. Helsedirektoratet. Sammen om mestring. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
3. Karlsson B, Kim SH. Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: en studie om sykepleieres rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Drammen: Senter for psykisk helse og rus, Universitetet i Sørøst-Norge; 2015. SFPR-rapport 16-2015. Tilgjengelig fra: <http://hdl.handle.net/11250/298288> (nedlastet 21.04.2021).
4. Oute J, Ness O, Glasdam S. Den psykopolitiske, den kønspolitiske og den radikale. Dansk pædagogisk Tidsskrift. 2020;(2). Tilgjengelig fra: <https://dpt.dk/temanumre/2020-2/den-psykopolitiske-den-koenspolitiske-og-den-radikale/> (nedlastet 20.10.2020).
5. Sandnes kommune. Plan for psykisk helsearbeid 2017–2022. Sandnes: Bystyret; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.sandnes.kommune.no/globalassets/helsesosial/planer/plan-for-psykisk-helsearbeid-2017-2022.pdf> (nedlastet 21.04.2021).
6. Molde kommune. Ruspolitisk handlingsplan 2020–2024. Molde: Kommunestyret; 2016. Tilgjengelig fra: https://www.molde.kommune.no/_f/p2/id7e3301d-f4c1-4843-b66b-d20203c178d8/ruspolitisk-handlingsplan-2020-2024-2.pdf (nedlastet 21.04.2021).
7. Davidson L, Rakfeldt J, Strauss J. The roots of the recovery movement in psychiatry – lessons learned. Hoboken: Wiley-Blackwell; 2010.
8. Deegan P. Recovery: the lived experience of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1988;11(4):11–9.
9. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1993;16(4):11–23. DOI: [10.1037/h0095655](https://doi.org/10.1037/h0095655)

10. Hummelvoll JK, Karlsson B, Borg M. Recovery and person-centredness in mental health services: roots of the concepts and implications for practice. *International Practice Development Journal*. 2015;5(7):1–9. DOI: [10.19043/ipdj.5SP.009](https://doi.org/10.19043/ipdj.5SP.009)
11. Bjørlykhaug KI, Bank R-M, Karlsson B. Social support and relational recovery in the age of individualism: a qualitative study exploring barriers and possibilities for social support in mental health work. *Journal of Recovery in Mental Health*. 2020;4(1):35–55. Tilgjengelig fra: <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/rmh/article/view/35284> (nedlastet 21.04.2021).
12. Recovery in the Bin. Unrecovery star. Februar 2016. Tilgjengelig fra: <https://recoveryinthebin.org/unrecovery-star-2/> (nedlastet 21.04.2021).
13. Price-Robertson R, Obradovic A, Morgan B. Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*. 2017;15(2):108–120. DOI: [10.1080/18387357.2016.1243014](https://doi.org/10.1080/18387357.2016.1243014)
14. Skyggeutvalget. Skyggeutvalgets sluttrapport. 31.12.2020. Tilgjengelig fra: <https://skyggeutvalget.files.wordpress.com/2021/01/skyggeutvalget-rapport.pdf> (nedlastet 21.04.2021).
15. Martinsen K. *Langsomme pulsslag*. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2020.
16. Barker P. *The nature of nursing*. Tilgjengelig fra: <http://www.tidal-model.com/The%20Nature%20of%20Nursing.pdf> (nedlastet 21.04.2021).

17. Norsk senter for forskningsdata. Forske på egen arbeidsplass. Bergen: Norsk senter for forskningsdata. Tilgjengelig fra:
<https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/forske-pa-egen-arbeidsplass/> (nedlastet 21.04.2021).
18. Braun B, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77–101. DOI: [10.1191/1478088706qpo630a](https://doi.org/10.1191/1478088706qpo630a)
19. Topor A, Skogens L, von Greiff N. Building trust and recovery capital: the professionals' helpful practice. *Advances in Dual Diagnosis*. 2018;11(2):76–87. DOI: [10.1108/ADD-11-2017-0022](https://doi.org/10.1108/ADD-11-2017-0022)
20. Topor A, von Greiff N, Skogens L. Micro-affirmations and recovery for persons with mental health and alcohol and drug problems: user and professional experience-based practice and knowledge. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2021;19:374–85. DOI: [10.1007/s11469-019-00063-8](https://doi.org/10.1007/s11469-019-00063-8)