



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag
4 BACH

Anita Eikeland Dambuen og Jorunn Høgsnes Jensen

Veileder: Liv Ødbehr

Kommunikasjon bare å snakke?

Communication just talking?

Antall ord: 11699

BASY 2010

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Vi har erfart at kommunikasjon mellom pasient og sykepleier kan utvikle seg i forskjellige retninger, noen ganger i positiv retning, andre ganger blir alt bare helt feil. Vi ønsker å få frem viktigheten av hvordan man som sykepleier ved hjelp av god kunnskapsbasert kommunikasjon kan skape en god relasjon i møte med en pasient som lider av depresjon. Depresjon påvirker mer enn 350 millioner mennesker i alle aldrer, i alle samfunn, og er en betydelig bidragsyter til den globale sykdomsbyrden. Depresjon blir omtalt som en av de nye folkesykdommene og det anslås at hver femte person i løpet av sitt liv vil oppleve en depresjon.

Hensikt

I denne bacheloroppgaven ønsker vi å belyse hvor viktig kommunikasjon er når man skal etablere en god relasjon til en pasient som bor hjemme og som lider av depresjon. Dette er spesielt viktig for denne pasientgruppen da omsorgsbehovet for disse pasientene er stort.

Metode

Dette er ett litteraturstudium. Vi har brukt pensumlitteratur, har supplert med selvvalgt litteratur og har søkt på forskningsartikler gjennom skolens databaser.

Resultat

I det første møte med pasienten blir sykepleierens nonverbale og verbale kommunikasjonsferdigheter vurdert av pasienten. Det er dette møte som gir pasienten ett førsteinntrykk og kan være avgjørende for senere møter med sykepleieren.

Konklusjon

Her er det små marginer og mange teorier og metoder som ligger så nært opp til hverandre at de knapt kan skilles. En sykepleier uttrykker omsorg ved sin tilstedeværelse og sine handlinger der kommunikasjonen er det mest sentrale.

Om hjelpekunsten

Av Søren Kierkegaard

Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted, må man først passe på å finne ham der hvor han er og begynne der.

Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst. For å kunne hjelpe en annen, må jeg forstå mer enn ham, men dog først og fremst forstå det han forstår.

Når jeg ikke gjør det, så hjelper min merforståelse ham slett ikke. Vil jeg likevel gjøre min forståelse gjeldende, så er det fordi jeg er forfengelig og stolt, så jeg i stedet for å gavne ham egentlig vil beundres av ham.

Men all sann hjelpekunst begynner med en ydmykelse. Hjelperen må først og fremst ydmyke seg under den han vil hjelpe, og derved forstå at det å hjelpe ikke er å herske, men å tjene.

Dersom du ikke kan begynne således med et menneske at han kan finne en sann lindring i å tale med deg om sin lidelse, så kan du heller ikke hjelpe ham. Han lukker seg for deg, han lukker seg inne i sitt innerste – og prek du så for ham...

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Oppgavens hensikt og relevans for sykepleiere	6
1.2 Problemstilling	6
1.3 Avgrensing av oppgaven	6
1.4 Oppgavens oppbygning og disposisjon	7
1.5 Anonymisering	7
2.0 Metode	8
2.1 Litteratursøk	8
2.2 Kildekritikk	9
3.0 Teori	14
3.1 Depresjon	14
3.2 Hjemmebasert omsorg	16
3.3 Kommunikasjon	16
3.4 Holdepunkter for gode relasjoner	18
3.5 Hjørnesteiner for å skape en relasjon	19
3.6 Joyce Travelbee sykepleieteori	20
3.7 Kari Martinsen sykepleieteori	21
3.8 Ego funksjoner	22
3.9 Holdninger	24
3.9.1 Empati	24
3.9.2 Tillit og respekt	25
3.9.3 Håp	26
3.9.4 Eksistensielle	27
4.0 Drøfting	29
4.1 Omsorg i hjemmet	29
4.2 Kommunikasjon bare å snakke?.....	32
4.3 En god relasjon - en målsetting	34
5.0 Konklusjon	37
6.0 Litteraturliste	39
Vedlegg 2	

1.0 Innledning

"Kommunikasjon bare å snakke?"

Som sykepleiestudenter har vi erfart fra praksis perioder hvordan kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier kan utvikle seg, som oftest i en positiv retning men noen ganger blir kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient bare helt feil. Dette er noe vi har reflektert over og diskutert. Det vi ønsker med denne bacheloroppgaven er å belyse hvor viktig det er for en sykepleier å være bevisst sin egen kommunikasjon for dermed å skape en god relasjon i møte med pasienter som lider av depresjon i hjemmebasert omsorg. En psykisk lidelse som depresjon vil vi møte på uansett hvor vi jobber, enten det er i psykiatrien eller somatikken.

Depresjon er en av de vanligste psykiske lidelsene i vår befolkning, og forekommer i alle aldre (Hummelvoll, 2012). I følge Verdens helseorganisasjon (World Health Organization, 2012) er lidelsen også ett globalt folkehelseproblem, og det rammer ca 350 millioner mennesker. WHO mener at i 2020 kommer depresjon til å være ett stort problem verden over. Man anslår at depresjon er hovedårsaken til ca. 1 million selvmord hvert år (ibid.).

Som sykepleiere har vi blant annet yrkesetiske retningslinjer å forholde oss til. Grunnlaget for å utøve god sykepleie skal bestå av respekt for det enkelte menneske og vise verdighet for mennesket. Sykepleieren skal utøve sin profesjon som er bygd på et grunnlag av barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskets rettigheter og den skal være kunnskapsbasert (Norsk sykepleierforbund, 2011). Sykepleieren skal understøtte pasientens behov for håp, mestring og livsmot samt gi helhetlig omsorg (ibid.).

Omsorg, respekt, empati og kunnskap, skriver Heap i Eide og Eide (2010) at dette må være i vår interesse for å få god kontakt og kommunikasjon med pasienten. Ved å være bevisst på tydelig og tilpasset kommunikasjon vil pasienten i større grad ha mulighet til å forstå det som blir sagt (Brinchmann, 2008).

1.1 Oppgavens hensikt og relevans for sykepleiere

Med denne oppgaven ønsker vi å belyse hvor viktig det er å etablere gode relasjoner til pasienter som lider av depresjon og som bor hjemme, for på denne måten å kunne gi god omsorg. Dette er spesielt viktig for denne pasientgruppen, da omsorgsbehovet for disse er stort (Strand, 1990). Det å etablere relasjoner til en pasient som er deprimert er ofte sykepleierens ansvar, noe som gjør problemstillingen høyst relevant for oss. Generelt står kommunikasjon sentralt i alle menneskers liv, og er overførbart til de aller fleste situasjoner.

Vi kommuniserer hele tiden, både gjennom kroppsspråk, ord og taushet. Vi har erfart at mesteparten av sykepleie dreier seg om kommunikasjon, verbal og non-verbal kommunikasjon, og det er her vårt fokus vil ligge for å skape en relasjon. Kunnskapsbaserte kommunikasjonsferdigheter som aktiv lytting, å skape en relasjon, strukturere en samtale, stille åpne spørsmål som kan hjelpe pasienten til å finne svar på egne problemer, og forholde seg åpent til vanskelige følelser og stimulerer til å se løsninger fremfor problemer, er noe av ferdighetene som en sykepleiere må tilegne seg (Eide & Eide, 2010).

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere gjennom kommunikasjon bidra til å skape en god relasjon til pasienter som lider av depresjon i hjemmebasert omsorg?

1.3 Avgrensning av oppgaven

I denne oppgaven avgrensner vi problemstillingen til å handle om voksne pasienter i hjemmebasert omsorg, som primært lider av depresjon. Medikamentell behandling og årsaker til depresjon blir det ikke fokusert på i denne oppgaven. Pårørende kan også være en stor støtte spiller i samarbeidet med deprimerte pasienter, men det blir ikke berørt i denne oppgaven for å begrense oppgavens størrelse og betydning av dette satt opp mot problemstillingen. Vi har også valgt å avgrense oppgaven til depresjon på et generelt grunnlag uten fordypninger av emnet. Ellers i oppgaven avgrensner vi der vi finner det naturlig.

Sykepleieren blir omtalt som "hun" og pasienten for "han" der vi ser at dette passer inn, dette for å skape flyt i lesingen. Selv om faren for selvmord er stor for deprimerte pasienter skal vi alltid ta høyde for dette (Snoek & Engedal, 2010), vi har valgt og ikke fokusere på selvmord og forebygging av dette på grunn av begrensning i oppgavens størrelse og omfang.

Problemstillingen er sett ut fra et sykepleiefaglig perspektiv.

1.4 Oppgavens oppbygning og disposisjon

I innledningen tar vi for oss valg av tema, oppgavens relevans og hensikt, problemstilling og deretter avgrensning av oppgaven. Under metodedelen vil vi presentere metoden for kildekritikk og hvilke litteratursøk vi har gjort.

Teoridelen tar for seg sykepleie teoretikerne Joyce Travelbee (1999) og Kari Martinsen (Kirkevold, 2009) da deres syn og verdier sees som relevante for vår problemstilling.

Vi kommer også til å gjøre rede for viktige begreper i Joyce Travelbee (1999) og Kari Martinsen (Kirkevold, 1998) sine sykepleieteorier. Professor Jan Kåre Hummelvoll (2012) er valgt for å kunne referere til hvordan kunnskap skal benyttes på en faglig måte i utøvelsen av sykepleierfaget.

Vi beskriver hvordan man kan etablere gode relasjoner til pasienter som lider av depresjon, der bruk av kommunikasjon er sentralt for disse pasientene. Andre forfattere vil bli brukt i mindre grad som kilder.

I drøftingsdelen vil vi sette teorier og problemstillinger opp mot hverandre med våre meninger og synspunkter som en del av dette. Her vil vi drøfte teoridelen sett fra forskjellige vinklinger, teorier og egne meninger og slutninger. Til slutt vil vi i en konklusjon oppsummere og dra våre slutninger ut i fra oppgavens helhet.

1.5 Anonymisering

Vi skriver ikke om en reel pasient, derfor er det ikke nødvendig med anonymisering av pasienter i denne oppgaven.

2.0 Metode

I oppgaven kommer vi til å bruke pensumlitteratur for sykepleieutdanningen fra tidligere semestre, da dette er kvalitetssikret fra Høgskolen i Hedmark. Vi har også supplert med selvvalgt litteratur som vi merker med * i litteraturlisten. Dette har vi definert som relevant for vår problemstilling. For å finne forskning har vi søkt etter forskningsartikler i skolens databaser og fra Sykepleien Forskning. Vi kommer også til å bruke våre egne synspunkter fra praksisperioder vi har vært involvert i.

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener til dette formålet, hører med i arsenalet av metoder ” sier Olav Dalland (2012, s.111).

2.1 Litteratursøk

Nedenfor viser vi hvordan vi har søkt etter forskning, og vi har funnet forskning som viser hvor sentralt det er med kommunikasjon for å skape en relasjon til pasienten.

Vi avgrenset søket gjennom å:

1. Lese abstract/overskrifter for å se om noen artikler hadde relevans for oppgaven.
2. Vi avgrenset søket med årstallene 2008 – 2013. Videre krysset vi av for Peer reviewed, og for full tekst.
3. Vi plukket ut 4 forskningsartikler og en essay artikkel som vi så var relevant for vår oppgave.

Vi har forsøkt mange forskjellige kombinasjoner i søkene, og endte opp med 5 artikler som vi vurderer som relevante for oss i henhold til den problemstillingen som vi har. Vi har brukt mye tid på å finne relevant forskning og synes dette har vært vanskelig og tidkrevende. Vi mener vi har vært kritiske ved utvelgelse av artikler. Dette på bakgrunn av en artikkel vi fant i Sykepleien Forskning artikkel nr. 5, er en essay artikkel og har valgt å bruke den som kilde da den er relevant for vår oppgave og støtter opp om Fjørtoft (2007) sin teori.

Databaser	Søkeord	Treff	Avgrensninger	Navn på artikkel.
Ebscohost	depression* and nurse patient realtionship	4	2008-2013	Older womens experiences of depression
Ebscohost	communication* nursing* patient* hospital*	71	2008 til 2012	<i>Nursing the patient with complex communication needs</i>
Svemed+	relationship and nurse	69	2008-2013	The dynamics of the nurse–patient relationship
Sykepleien forskning	older	16	2002	Pasienters behov viktigere enn rutiner.
Sykepleien forskning	Denne er fra bladet nr 3/2012			Hva er faglig forsvarlig sykepleie

2.2 Kildekritikk

Dalland (2012) skriver at kildekritikk omhandler det å vurdere litteratur. Formålet med dette er at leseren av oppgaven skal kunne forstå hvilke vurderinger som ligger til grunn i forhold til relevans og gyldighet av litteraturen.

Her presenterer vi kort de bøkene vi har brukt mest i dette litteraturstudiet i teoridelen. Har og brukt annen litteratur, men i mindre grad. Vi har etter beste evne forsøkt å gjengi litteraturen på en riktig måte for å være tro mot kildene våre og kommenterer den med vår forståelse og tolkninger.

Helt – ikke stykkevis og delt (Hummelvoll, 2012). Vi har støttet oss på mye av det han har skrevet i sin bok i denne oppgaven, og vi mener hans litteratur er viktig i arbeidet med psykiske lidelser. Hummelvoll er en del av Høgskolen i Hedmark, og vi ønsker å benytte oss av de ressursene som finnes her.

Hjemmesykepleie - Ansvar, utfordring og muligheter (Fjørtoft, 2007). Boken er skrevet for sykepleierstudenter og hun beskriver hverdager med de faglige utfordringer de har. Hun skriver også om det faglige ansvaret og om kompetanse og verdier i møte med mennesket som trenger hjelp for å mestre sin hverdag.

Kommunikasjon i relasjoner (Eide & Eide, 2010). Er en bok skrevet for sykepleiere og helsepersonell. Eide og Eide (2010) beskriver at kjernen i profesjonell kommunikasjon i helseyrkene er at den er faglig velfundert og skal alltid være til hjelp for pasienten.

Mellommenneskelig forhold i sykepleien (Travelbee, 1999). Vi har brukt hennes bok i arbeidet med sykepleieteori. Travelbee har fokus på utvikling av relasjoner mellom sykepleier og pasient, hvor det enkelte individet skal stå i sentrum. Hun ser også på kommunikasjon som svært viktig og for å sikre at pasienten blir godt ivaretatt er kommunikasjon helt sentralt. Denne boken er oversatt til norsk og det kan være en svakhet at oversetteren har feiltolket forfatteren.

Fra kaos mot samling, mestring og helhet (Strand, 1999). Hun skriver om egostyrkende sykepleie ved psykoser, hun mener at dette er den eneste måten å skape en relasjon på. Mye av hennes stoff er overførbart til andre pasient grupper, mener hun. Og da spesielt til en annen gruppe jeg- svake mennesker. Hennes bok er gammel, men blir fortsatt brukt i dag og det underbygger det som Hummelvoll (2012) skriver i sin bok.

Sykepleieteorier – analyse og evaluering (Kirkevold, 1998). Kari Martinsen har bidratt sterkt til å påvirke sykepleierteorien både i Norge og Skandinavia og skiller seg fra andre forfatteres tradisjonelle syn da hun stadig utvikler sine teorier. Hennes teorier er filosofiske med omsorg som sykepleiens fundament og hovedkilde.

Etikk og kommunikasjon (Hansen & Lingås, 2005). Er en grunnleggende innføring i begreper og teorier.

De forskningsartiklene som er oversatt til norsk, kan ha de svakheter at vi har feiltolket teksten.

1. Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to successful communication in hospital (Hemsley, Balandin & Worrall, 2011).

Artikkelen omhandler hvor vanskelig sykepleiere synes det er å kommunisere med pasienter som lider av psykisk utviklingshemming og komplekse kommunikasjonsbehov i sykehus.

Kommunikasjon oppleves for mange sykepleiere at det tar for lang tid å kommunisere og da unngår de dette. Tid til å kommunisere, er imidlertid begrenset og avhengig av

arbeidsmengdens krav. Sykepleierens identifiserte tid som en barriere for å kommunisere.

Lite er kjent om hvordan sykepleiere klarer dette, ”mangel på tid” når sykepleiere identifiserer tid som en barriere og en tilrettelegger for å få til en vellykket kommunikasjon. Tid oppfattes av sykepleiere som både en fiende og venn for å forbedre kommunikasjonen. Denne studien er relevant for alle sykepleiere da de kan dra nytte av at det er snakk om ”tid” i vår sykepleie utøvelse. Effektiv sykepleier – pasient kommunikasjon er en viktig del av helsevesenet.

Svakheten slik vi ser det i denne artikkelen er at det bare er snakk om ”tid” til å kommunisere.

Kan sykepleieren ”bare” ”dekke seg bak mangelen ”på” tid, eller er det på grunn av mangel på kunnskap når det gjelder kommunikasjon, dette kom ikke frem av artikkelen.

2. Older women`s experiences of depression: a hermeneutic phenomenological study (Allan & Dixon, 2009).

Dette er en liten studie som viser hvordan det er for kvinner å leve med depresjon. Studien omhandler/identifiserer måten sykepleier kan utvikle relasjoner på til kvinner med depresjon og hvordan de best kan hjelpe dem. Sykepleieren kan bygge relasjoner på forståelse og tillit ved å være omsorgsfull, empatisk og respektfull. Sykepleiere må ta denne utfordringen, å danne en relasjon for å hjelpe ett annet menneske. Sykepleieren bør holde ut og etablere en terapeutisk relasjon ved å være omsorgsfull og søke den deprimerte pasienten, på en ikke dømmende måte. Sykepleieren kan fremme relasjoner bygget på forståelse og trøst.

Sykepleieren kan bygge relasjoner på forståelse og tillit ved å være omsorgsfull, empatisk og respektfull. Dette har implikasjoner for den terapeutiske sykepleier-pasient- forholdet som er grunnleggende for mental helse fordi forholdet bør være basert på forståelse i pasientens verden. Man må også vise at man kommer tilbake og er til å stole på. Alt dette som er nevnt ovenfor er funnene i denne studien. Svakheten med denne forskningsartikkelen er at det kun er 4 kvinner som er intervjuet. Velger allikevel og støtte oss på denne, da den underbygger det Hummelvoll (2012) skriver.

3. The dynamics of the nurse–patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient’s perspective (Halldorsdottir, 2008).

Artikkelen tar for seg hvordan forholdet mellom sykepleier og pasient kan påvirke pasientens helse. Hvordan variasjoner i dette forholdet kan ha mere intense effekter på den fysiologiske respons, pasienter beskriver sykepleier pasient forholdet som et bånd laget av energi. Det er viktig med åpenhet i kommunikasjon og kontakt, noe som beskrives av pasientene som livgivende i sykepleier pasientforholdet. I motsatt fall brukes metaforen for og symbolisere det negative eller mangel på kommunikasjon. I artikkelen settes det også fokus på hva sykepleieren anser som riktig omsorg og kommunikasjon i forhold til dette. Som konklusjonen sier så mener forfatterne av denne artikkelen at sykepleierne har stor mulighet til å gjøre stor forskjell i folks helse og at den virkelige utfordringen er å opprettholde terapeutiske relasjoner til pasienter. Den viser også sykepleierens skjulte åndelige arbeid og hvordan sykepleierne aldri synes å vakle i sin kjærlighet ovenfor sine medmennesker. Vi har prøvd å finne svakheter med denne artikkelen, men etter å ha sett over flere ganger kan vi ikke finne noen. Må legge til her at vi ikke har noen som helst erfaring i dette.

4. Pasienters behov viktigere enn rutiner (Foss & Wahl, 2002).

Denne artikkelen underbygger Liv Strand (2011) sin teori om egostyrkende sykepleie. I denne artikkelen blir egostyrkende prinsipper brukt til pasienter som lider av depresjon. Den sier også at som sykepleier må man tenke alternativt, når den medisinske modellen ikke strekker til. Den underbygger også det som Hummelvoll (2012) skriver om menneskesyn, og pasientens syn ofte er ureflektert. Den retter også oppmerksomheten mot grunnleggende behov som først og fremst er knyttet til pasientenes livskvalitet når det gjelder opplevelse av trygghet, god omsorg og forsvarlig pleie. Det synet som personalet har på pasientene har stor betydning for pasientenes livskvalitet.

5. Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? (Tønnesen og Nortvedt, 2012).

Psykososiale og åndelige behov er ikke definert som en del av hjemmesykepleien. Skal hjemmesykepleien være i tråd med det grunnleggende behov innen sykepleie hevder de at disse behov må dekkes, for å kunne ivareta verdier som respekt og trygghet. For sykepleiere som skal yte profesjonell omsorg må de mellommenneskelige verdier ivaretas. Kriterier som skal ligge til grunn for å få en forsvarlig og omsorgsfull hjemmesykepleie ut i fra sykepleierens verdigrunnlag stilles her. Det er nødvendig at sykepleieren selv tar ansvar for å formulere verdier, prinsipper og krav. Svakheten med denne er at det står ESSAY og det er

muligens ikke er en forskningsartikkel, men vi velger å bruke den da den er publisert i Sykepleie Forskning og den er relevant for det som vi skriver om.

3.0 Teori

3.1 Depresjon

Ordet depresjon kommer fra latin og betyr ”egentlig” nedtrykking. Dette begrepet kan stå for en egen gruppe mennesker, en sinnsstemning eller et syndrom. For de som opplever dette fenomenet kan selve betegnelsen føles kraftløs og upresis.

Bjørnebo (1966) skriver:

Det er tydelig at depresjon ikke er en kraft eller makt inni meg selv, men noe som møter meg utenfra – et stoff eller kanskje i virkeligheten et vesen, noe som ligner på et rovdyr, den er som et åndelig, fremmed vesen som er like på kantet av å anta form i kjøtt og blod. Jeg føler det også slik, når jeg er alene med den. Jeg kunne nesten kalle den for ”ham”. Han sitter der, når jeg våkner, og jeg vet at jeg ikke er alene. Det er et annet levende i rommet. (Sitert i Hummelvoll, 2012, s. 193)

Depresjon kan oppleves så konkret – som påvirker individet utenfra og som tvinger seg på personen i lengre eller kortere perioder. Denne følelsen blir en del av livet (Hummelvoll, 2012). Depresjon er en vanlig lidelse som rammer mange mennesker. Det hevdes at en eller annen gang i livet vil mennesker være så triste og ha ett negativt syn på seg selv og livet sitt, slik at de har behov for profesjonell hjelp (Håkonsen, 2009). Hummelvoll (2012) skriver at pasientene som har en depresjon har en tendens til å trekke seg tilbake fra sosial deltagelse. Alle mennesker har en kapasitet til å oppleve depresjon i form av nedtrykthet. Den deprimerte er en person som har mistet troen på seg selv og andre mennesker samt troen på livet og en høyere makt. Den deprimertes sinn fylles av fortvilte tanker. Kroppen oppleves kraftløs og matt og langsomt fungerende.

De mest fremtredende symptomene hos deprimerte er tristhet, lav selvaktelse og pessimisme. I tillegg så føler man seg fysisk og psykisk sliten og mangler energi til å utføre dagliglivets gjøremål. Det blir vanskelig å konsentrere seg om arbeidsoppgaver. De er ikke bare psykiske funksjoner som forandres men også de kroppslige. Noen spiser mer enn vanlig og andre får nedsatt appetitt, forstoppelse og urinretensjon. På grunn av sin rastløshet får man uro og søvnforstyrrelser. Man kan få mareritt om natten som igjen gir dårlig søvn. Vanlige plager ved depresjon kan også være hodepine, svimmelhet, ryggbesvær, brystmerter, magesmerter

og vedvarende tretthet. Det er lett å overse en depresjon. Mange mennesker går som regel til legen for andre plager, men så viser det seg at plagene er et resultat av en depresjon (Hummelvoll, 2012).

En deprimert person vil se på seg selv med svært negative øyne. Han betrakter seg selv som lite attraktiv, lite i stand til å gjøre noe med egen livssituasjon og føler seg lite ønsket. Den deprimerte ser på seg selv med mange feil og mangler og som ingen er glad i, og som heller ikke er i stand til å finne lykken og glede seg over noe (Håkonsen, 2009). Det er en tydelig tendens ved depresjon at den deprimerte tolker erfaringer og opplevelser på en negativ måte. Hendelser blir fortolket og forstått som svakhet, tap eller svik, selv om det er andre forklaringer til dette. Personen selv er ofte klar over at man fortolker hendelser som negative, men orker ikke å endre oppfatning eller korrigere dette (Håkonsen, 2009).

En deprimert ser bare vansker og problemer foran seg og har ikke noe håp om at livet skal bli bedre. Man forventer seg stadig skuffelser, frustrasjoner, ydmykelser og at livet fortsatt skal være tungt å bære. Nederlag over fremtidige oppgaver er forventet av en som er deprimert (Håkonsen, 2009). Hummelvoll (2012) presenterer her depresjon i 3 nivåer som er mild, forbigående depresjon til langvarig depresjon med psykiske symptomer.

Mild depresjon

Realitetsorienteringen er intakt ved mild, forbigående depresjon. Tankeprosessen kan bli på virket slik at evnen til oppmerksomhet og konsentrasjon blir forstyrret. På grunn av økt mottagelighet for sensorisk stimuli kan fysisk ubehag forekomme. Tristhet og nedtrykthet samsvarer med pasientens følelser i den aktuelle situasjonen (Hummelvoll, 2012).

Moderat depresjon

Det er en større tendens til å fordreie virkelighetsoppfatningen på dette nivået. Personen tror at andre misliker han og har en negativ oppfatning til han. Dømmekraften er dårlig og andre intensjoner mistolkes ofte og man undervurderer egne evner. Selvbildet er negativt preget og man har en lav selvaktelse. Evnen til å føle glede er kraftig redusert. Depresjonsfølelsen er fremtredende. Personen har også en tendens til å trekke seg tilbake fra sosial deltagelse. Oppmerksomhet og tanker på hverdagslivets gjøremål er vanskelig. Talen er langsom og ordknapp og kommunikasjonsmåten er karakterisert av stor tvil og blokkering (Hummelvoll, 2012).

Alvorlig depresjon

Vrangforestillinger forekommer. Personen bryr seg ikke om konsekvenser av sin adferd. Man overveldes av følelser av skyld og verdiløshet på grunn av stor avstand mellom personens oppfatning av hvordan man burde være og slik man faktisk opplever seg. Personen vil føle seg ulykkelig, ubrukelig og følelse av fortvilelse, håpløshet og hjelpes løshet. Man får en ulogisk tankeprosess, konsentrasjonsevne, hukommelse og oppmerksomhet svekkes. Man får en redusert kommunikasjonsevne og en stumhet kan forekomme. En følelse av bunnløs tomhet kan forekomme og evnen at å registrere sensoriske stimuli synes ikke-eksisterende (Hummelvoll, 2012). Disse kjennetegnene på depresjon som beskrevet ovenfor, viser seg med ulik gjennomslagskraft og tyngde hos pasienten. Dess sterkere de preger pasientens liv, desto mer alvorlig og dypere er depresjonen (Hummelvoll, 2012).

3.2 Hjemmebasert omsorg

Hjemmesykepleien er en viktig og omfattende tjeneste innen helsetjenester i Norge. Denne tjenesten er en lovpålagt tjeneste (kommunehelsetjenesteloven, 1982) som er underlagt helsetjenesten i kommunen (Fjørtoft, 2006).

Hjemmesykepleien skal utøve helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og lindrende tiltak til hjemmeboende når sykdom, svekket helse, alderdom eller andre livssituasjoner tilsier at man trenger hjelp i kortere eller lengre perioder (ibid.). Som et overordnet mål skal hjemmesykepleien bidra til at brukeren mestrer sin hverdag i sitt eget hjem så langt det er forsvarlig og ønskelig for brukeren, samtidig forsøke å bedre livskvaliteten til brukeren (Fjørtoft, 2006).

3.3 Kommunikasjon

Begrepet ”kommunikasjon” kommer av det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, ha en forbindelse med eller delaktiggjøre en annen (Eide & Eide, 2010).

Et helsefaglig formål har en profesjonell, hjelpende kommunikasjon. Profesjonell kommunikasjon i helseyrkene er at den er til hjelp for pasienten og at den er veloverveid. Den har ett overordnet formål, det å forebygge sykdom, fremme helse, lindre lidelse og gjenopprette helse. Profesjonell kommunikasjon har som mål å bygge opp en god relasjon mellom pasienten og sykepleieren. Den skal per. definisjon være til hjelp for andre og den

skal være faglig velbegrunnet og skal alltid være hjelpende. Det er ikke den kommunikasjonen vi bruker til daglig (ibid.).

Begrepet ”relasjon” kommer av det latinske relatio, dette betegner at en gjenstand står i forbindelse med en annen. Begrepet relasjon brukes i daglig tale om kontakt med eller forbindelse mellom andre mennesker i ett forhold. Begrepet her brukes om ett forhold fra en hjelper til en pasient men dette brukes også i forhold mellom pårørende, kolleger og samfunnet sådan (Eide & Eide, 2010).

Verbal og non-verbal kommunikasjon

Den mest grunnleggende og komplekse ferdighet i profesjonell, hjelpende kommunikasjon er aktiv lytting, og denne kan deles opp i enkelt ferdigheter. Man kan skille ut 2 hovedgrupper av ferdigheter i kommunikasjon med pasienten, det er verbal og nonverbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon er å stille spørsmål og oppmuntre den andre til å snakke. For å få pasienten til å snakke videre er det viktig å stille åpne spørsmål. Det er også viktig å sjekke ut at man har hørt riktig og da kan man omformulerer (parafasere) det hun har sagt slik at man kan sjekke ut om man har forstått riktig. I verbal kommunikasjon speiler man følelser, dette for å vise hva den andre føler. Man setter da ord på de følelsene som man ser pasienten gir uttrykk for og som pasienten ikke er helt bevisst, viser tydelig eller sier noe om (Eide & Eide, 2010).

Nonverbal kommunikasjon er ansiktsuttrykk, blikk, kroppsspråk, hvordan man legger sitt stemmeleie, berøring, ikke ord for eksempel ”mm”, stillhet, fysisk avstand/nærhet og tid/tempo. Denne kommunikasjonsmåten anvender hjelperen gjennom hele prosessen av kommunikasjonen. Dette forteller noe om begge parter i en dialog og relasjonene mellom dem. (Eide & Eide, 2010). Nonverbal kommunikasjon er viktigere enn vi tror da dette signaliserer trygghet, man bygger opp tillit og motivasjon, dette kan stimulere pasienten til å bruke sine ressurser så godt som mulig. Nonverbale tegn og signaler må ofte fortolkes, de er sjelden entydig. Den nonverbale kommunikasjonen er den som best formidler hva den andre føler. En stor del av vår kommunikasjon er nonverbal. Det sies at hele 90% av vår kommunikasjon er nonverbal. Det er den nonverbale kommunikasjonen som er avgjørende hvorvidt pasienten føler seg trygg og godt ivaretatt (Eide & Eide, 2010).

3.4 Holdepunkter for gode relasjoner

Hummelvoll (2012) beskriver sykepleier- pasient- fellesskapet som dannelse av det terapeutiske forholdet mellom sykepleier og pasient, der det er mulighet for at felles opplevelser vektlegges i møtet mellom to hele mennesker. Dette er grunnlaget for å skape relasjoner til pasienter inne psykiatrifeltet. Felleskap er motivert ut fra ett eksistensielt grunnsyn der man legger vekt på møte mellom to mennesker, her ser man ikke på rollene som pasient og sykepleier (Hummelvoll, 2012). Vi forstår dette fellesskapet som forholdet mellom sykepleier og pasient, der utgangspunktet er at pasienten søker hjelp, og sykepleieren gir ett svar på dette. Ordet felleskap har som hensikt at to hele mennesker møter hverandre og har til hensikt å beskrive relasjonen som oppstår mellom disse to parter (ibid).

Man ønsker som sykepleier å identifisere pasientens problemer og man forsøker å finne en løsning på dette. Pasienten må gis en mulighet for å se sin egen situasjon og gis mulighet til å se løsninger på sine egne problemområder, eller rett og slett lære seg å leve med det. Her er det vesentlig at sykepleieren kan variere mellom støtte og utfordring, nærhet og avstand. Det er av betydning for samarbeidet at det utvikles på grunnlag av gjensidig åpenhet og tillit (Hummelvoll, 2012).

Hummelvoll (2012) beskriver sykepleier- pasient- fellesskapet som:

... det terapeutiske forhold som dannes som følge av pasientens behov for hjelp, og sykepleierens svar på dette. Denne alliansen preges av et opplevelses- og arbeidsfellesskap som har til hensikt å gi pasienten økt selvinnsett og situasjonsforståelse og gjennom dette å bidra til at pasienten i størst mulig grad blir i stand til å bearbeide og løse sitt helseproblem (eventuelt å leve med det). For at dette skal skje, er det uvesentlig at sykepleieren makter å variere mellom nærhet og avstand - støtte og utfordring.

Utvikling av alliansen beskrives i flere faser. Det er forberedelsesfasen – orienteringsfasen – bearbeidingsfasen og avslutningsfasen. Disse beskrives ikke nærmere grunnet oppgavens størrelse. Det vil avhenge av gjensidig tillit og åpenhet om dette samarbeidet skal utvikles. Den ensomhet, hjelpeløshet og isolasjon som mange pasienter kjenner, kan være betydningsfullt i denne alliansen. Det er sykepleierens oppgave å bidra til en slik atmosfære. Pasienten ønsker å bli møtt som en person som ønsker å komme seg på rett ”kjør” igjen (Hummelvoll, 2012).

3.5 Hjørnesteiner for å skape en relasjon

Sykepleier- pasient- fellesskapet hviler på noen sentrale hjørnesteiner sett ut ifra ett eksistensielt synspunkt. Presenterer her noe av det vi mener belyser vårt tema og som vi vil trekke frem i drøftingen av problemstillingen senere i oppgaven.

Likeverdighet ses på som selve tråden i sykepleier – pasient- fellesskapet. Dette innebærer i eksistensiell forstand at et helhetlig jeg møter et helhetlig du. Her poengteres at man møtes som to likeverdige mennesker med respekt for hverandres integritet. Her må man være respektfull for pasientens virkelighetsoppfatning og situasjonsforståelse. Man viser en ekte interesse for pasienten som ett likeverdig og verdifullt menneske med sine lyter, det vil si menneske med medfødte eller påførte defekter (Hummelvoll, 2012). Noe som også avgjør møtet, er hvordan pasienten møter oss som sykepleiere, men dette sies det ingenting om. Det er vi som sykepleiere som bør ha en likeverdighet som verdi.

At man lytter, er en forutsetning for at man kan nå inn til pasientens problem. Man må være åpen på ulike måter som pasienten forsøker å gjøre seg forstått på, enten det er verbalt eller nonverbalt. Nærværenhet forstås som evnen til å være nær på en ikke – fysisk måte, men heller mer som en mental tilstedeværelse skriver Hummelvoll (2012). Det er avgjørende for ett møte mellom to mennesker at dette oppleves betydningsfullt.

Det kreves tilpasningsdyktighet for sykepleiere da møte mellom to mennesker aldri er forutsigbart, og derfor kan dette ikke planlegges fullt ut.

Åpenhet kommer som en følge av et trygt kontakt forhold. Åpenhet er følgelig både en holdning og en konsekvens av kvaliteten i relasjonen. Her vil man komme den andre i møte med viljen til å forstå og dette bygger på gjensidig tillit (Hummelvoll, 2012).

Størksen (1980, S. 18) skriver:

Ethvert møte mellom to mennesker er en enestående hendelse i seg selv. Enestående i den betydningen at akkurat dette møtet, mellom akkurat disse to menneskene, aldri har skjedd før og aldri kommer til å skje igjen. Ett hvilket som helst møte mellom to mennesker vil alltid bli stående som noe helt spesielt, noe som har sin egen karakter, sitt eget innhold. Denne enestående hendelsen og opplevelsen må tas imot og tas vare på som det enestående den er. (Sitert i Hummelvoll, 2012, s. 422)

3.6 Joyce Travelbee sykepleieteori

Travelbee (1999) sin sykepleieteori er ganske gammel, men mye er aktuelt også i dag. Hun legger vekt på et menneske til menneskeforhold, noe som gjenspeiler seg i at alle mennesker er unike individer. Et menneske til menneske forhold er godt, konstruktivt og den sykes behov blir ivaretatt. Hun hadde en oppfattelse av at mennesker er ett unikt individ som er likt, men enda så ulikt. Hun mente også at sykepleie ikke skulle ha handling som mål men som ett middel til å hjelpe andre mennesker. Kunnskaper om gode relasjoner og hva mennesker trenger for å oppleve håp er en del av det hun står for. Travelbee (1999) mener også at det er viktig at man som sykepleier bruker seg selv terapeutisk, dette for å vise at man er menneske i møte med ett annet menneske.

Sykepleieteorien til Travelbee (1999) mener at den profesjonelle sykepleieren har som oppgave å etablere et forhold mellom den syke og seg selv. Dette for å vise at begge er unike individer. Hun mener også at dag for dag bygges det opp ett forhold mellom den syke og sykepleieren. Hun sier også at for å yte omsorg til den syke må ett slikt forhold være etablert. Det er slik vi forstår hennes teori.

Travelbee (1999, s. 29) sin sykepleiedefinisjon:

’’Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene’’

Travelbee (1999) legger vekt på at det enkelte individ skal stå i sentrum. Andre kjennetegn ved hennes sykepleietenkning er at man har pasienten i sentrum og at man forstår at mennesket hele tiden er i vekst, utvikling og endring.

Travelbee (1999) ser på kommunikasjon som meget viktig, og en av sykepleierens viktigste redskap for å skape et menneske til menneske forhold. Kommunikasjon er det virkemiddelet som brukes for å oppnå en forandring i sykepleiesituasjoner. Hun mener derfor at kommunikasjon kan være en kreativ prosess. Dette vises ved en kontinuerlig prosess der dette overføres gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon.

Travelbee (1999) mener at i alle møter mellom sykepleier og den som trenger omsorg foregår det kommunikasjon. Det er gjennom kommunikasjon sykepleieren viser omsorg for den som hun har ansvaret for, som regel på måten hun utfører sine tjenester på eller blikket (non verbal kommunikasjon).

3.7 Kari Martinsen sykepleieteori

Kari Martinsen (Kirkevold, 1998) er den som har skrevet mest i Norge om sykepleieteori. Martinsen bygger sine teorier på moralsk forsvarlig sykepleie (omsorg) og betrakter et menneskesyn som innser menneskers fundamentale avhengighet av og ansvar for hverandre som grunnleggende (ibid.). Den andres beste er utgangspunktet for Martinsens (ibid.) filosofiske tilnæringsmåte. Dette hevder hun kun kan gjøres med åpenhet og det å være nærværende for så å analysere pasientens situasjon og finne ut hva pasienten trenger. Ut i fra dette å bruke erfarings basert faglig skjønn, fagkollektivt formidlet og til å handle (Kirkevold, 1998).

Martinsen definisjon av menneskesyn

Martinsen bygger sine teorier på moralsk forsvarlig sykepleie (omsorg) og betrakter et menneskesyn som innser menneskers fundamentale avhengighet av og ansvar for hverandre som grunnleggende for en moralsk forsvarlig sykepleie (Kirkevold, 1998). Den andres beste er utgangspunktet for Martinsens filosofiske tilnæringsmåte. Dette hevder hun kun kan gjøres med åpenhet og det å være nærværende for så å analysere pasientens situasjon og finne ut hva han trenger. Ut i fra dette bruke erfarings basert faglig skjønn, fagkollektivt formidlet, til å handle (Kirkevold, 1998).

Martinsen definisjon av omsorg

Martinsen beskriver omsorg som en blanding av nestekjærlighet og moral, men skiller mellom omsorg og sykepleie. Hun mener derimot at omsorg er grunnleggende for å kunne utføre en moralsk riktig sykepleie. Martinsens omsorgsteori setter sykepleier faget og kunnskapssynet i et nytt perspektiv. Hun beskriver universell kjærlighet som grunnlag for omsorg. Videre beskriver hun omsorg som noe vi er og gjør altså det vi som sykepleiere er og det vi gjør og hun hevder at dette ikke kan skilles. Dette skal utføres på en profesjonell måte. Som sykepleier uttrykker man omsorg ved sin tilstedeværelse og sine handlinger. Det å være profesjonell betyr ikke at man ikke skal være åpen for følelser, men våge å være menneske. Man skal også kunne opptre med tilbakeholdenhet slik at pasienten kan tre frem. På denne måten vil pasienten komme inn i sykepleierens bevissthet som et menneske. Det er ikke mulig å opptre profesjonell faglig dyktig om man ikke møter pasienten som medmenneske. Som sykepleier står vi i en kompleks og sammensatt situasjon som krever innsikt og faglig kunnskap (Kirkevold, 1998).

Kari Martinsen (Omsorg, sykepleie og medisin) skriver:

Omsorg har med forståelse for andre å gjøre, en forståelse jeg tilegner meg gjennom å gjøre ting for og sammen med andre. Vi utvikler felles erfaringer, og det er de situasjoner vi har erfaring fra vi kan forstå. På den måten vil jeg forså den andre gjennom måten han forholder seg til sin situasjon. (Sitert i Eide og Eide 2010, s.33)

3.8 Ego funksjon

Ego funksjonen er indre prosesser som er blitt utviklet i ca 2-4 års alderen. Funksjonene refererer til delen av vår personlighet som sanser og tolker, opplever, reflekterer, lider, foretar avgjørelser, og styrer personlige handlinger (Hummelvoll, 2012). Dette hjelper oss i å påvirke miljøet, samt kontrollere og mestre hverdagen (Strand, 1990). Kan man som sykepleier være med å styrke pasientens Ego funksjon, kan man bistå personen til bedre relasjon til andre mennesker, klarere selvoppfatning, klare hverdagens oppgaver, opplevelse av personlig integritet og dermed orientere seg i verden (Hummelvoll, 2012).

Egostyrkende sykepleie

Mennesker som har en sviktende, nedsatt ego funksjon er egostyrkende sykepleie en måte å hjelpe mennesker på. Ved å tilrettelegge for forskjellige terapeutiske måter å tilnærme seg og forholde seg til pasientene på vil man styrke dette (Strand, 1990).

Det moderlige og faderlige prinsipp

Det moderlige og faderlige prinsipp: er de overordnede prinsippene for egostyrkende sykepleie og de er begge nødvendige for vekst og utvikling. Det moderlige prinsipp som symboliserer en base og en beskyttelse der omsorg, kjærlighet og godhet, er sentralt. Det faderlige prinsippet innebærer regler, grensesetting, struktur og krav, eller rett og slett ett ”puff” ut i verden (Strand, 1990).

Prinsippene ovenfor rommes både av kvinner og menn, man må bruke de egostyrkende prinsippene på en slik måte at det er til hjelp for pasienten, det er viktig å finne frem til prinsippene, utvikle dem og forene dem i seg, bli ”hel”.

Egostyrkende prinsipper

Slik en kan se er egostyrkende prinsipper: kontinuitet og regelmessighet, nærhet og avstand, fysisk omsorg, skjerming, containing- funksjon, verbalisering, grensesetting, realitetsorientering, praktiske gjøremål – samhandlinger, pedagogisk tilnærming, krav og mål, trening i å se valgmuligheter og å foreta valg (Strand, 1990). Egostyrkende prinsipper brukes aldri separat ett og ett, det er ett utall av kombinasjoner alt ettersom hvor dårlig pasienten er. Vi tar for oss noen av de egostyrkende prinsippene som vi mener passer til pasienter som lider av depresjon.

Kontinuitet og regelmessighet

Kontinuitet og regelmessighet er selve rammen som skal til for å kunne utvikle et godt sykepleier- pasient forhold eller sagt på en annen måte, skape en allianse. Det kan være vanskelig å nærme seg pasienter som lider av depresjon, da de ofte har stor mistillit til omverden rundt seg og isolerer seg. Strand (1990) mener det er lite trolig at man kan bygge en allianse uten at rammen inneholder følgende punkter: tilby kontinuitet og regelmessighet, møte opp og være tilgjengelig gang etter gang, vise gjennom handling at tilbudet holder ”mål” og man er til å stole på og ha en tålmodig ikke krevende utholdenhet (Strand, 1990). Kontinuitet og regelmessighet mener Strand (1990) at det er sannsynligvis den viktigste måten å vise interesse på.

Nærhet og avstand

Å balansere mellom ytterpunktene nærhet og avstand er en innfølingskunst, hva er akkurat passe til akkurat den pasienten? Kjernen i profesjonell holdning er nettopp det å være i en stadig innføling i forhold til nærhet og avstand, uten å være fysisk nær. Det er situasjonen i øyeblikket som er avgjørende og dette krever kunnskap og sans varhet. Det er lettere vist man har kjennskap til hvor pasientens grenser går (Strand, 1990). Men det er ikke alltid man har kjennskap til dette i møte med pasienten. Nærhet og avstand krever Empati (ibid.).

3.9 Holdninger

”En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte ovenfor andre mennesker, ting eller hendelser” skriver Kjell Magne Håkonsen (2009, s.205).

Våre holdninger og handlinger som vi til daglig tar del i, er med på å forme det mellommenneskelige samspill. Det menneskesynet vi har er ofte ureflektert. Derfor er det viktig å klargjøre hva man står for i synet på blant annet menneske, lidelse og sykepleie (Hummelvoll, 2012). Holdninger er både positive og negative, vurderende eller dømmende. Dette er noe som vi evaluerer og som innebærer at vi som sykepleiere tar ett standpunkt i. Holdninger er noe som vi har med oss over tid og er noe som er innlært. Dette er noe som vi ikke kan forandre på en enkel måte, da de er relativt varig. Å forandre holdning kan ikke gjøres på en enkel måte, dette kreves ett arbeid som både er tidkrevende og koster noe for den enkelte og gjennomføre (Håkonsen, 2009).

3.9.1 Empati

Begrepet "empati" kommer fra det greske *empathia*. Det er en sammensetning av *em* (inn) og *pathos* (følelse) og kan direkte oversette med inn følelse, samfølelse eller innlevelse (Eide & Eide, 2010). Empati kan med andre ord bety og sette seg inn i en annen persons følelser uten selv å ha de samme følelsene. Empati krever nærhet og avstand. Som sykepleier må en forsøke å kartlegge pasientens grenser. Utdfordringen er å gå inn mot denne grensen for deretter øke avstanden igjen. Denne distansen må reguleres i forhold til tid (hvor ofte og hvor lenge), rom (hvor mye avstand trenger pasient og sykepleier), klima (følelsesmessig klima) og innhold (årsak til kommunikasjonen). Dette kalles terapeutisk distanse (Strand, 1990).

En sykepleier med et trent blikk har evnen til å se hva pasient og pårørende har et behov for, ut i fra dette finne hva som faglig sett er det rette for deretter å sette et profesjonelt faglig mål. Dette er tre elementer som henger nøye sammen og kan oppsummeres med de tre begrepene

empati, fagkunnskap og målorientering (Eide & Eide, 2010). Empati kan beskrives som evnen til å lytte, for dermed å sette seg inn i en annen persons situasjon som igjen gjør at man forstår andres følelser og reaksjoner bedre. For å utføre et godt sosialt og helsefaglig arbeid i form av utøvende hjelpende kommunikasjon er empati spesielt viktig (Eide & Eide, 2010).

Det er derimot noe uklart hvordan man skal forstå empati som en profesjonell ferdighet, men i profesjonell empati ligger det en form for tilbakemelding (Eide & Eide, 2010).

Det er i faglitteraturen vanlig å skille mellom to ulike former for empati, den affektive og den kognitive. Affektiv kan oversettes med følelsesrette empati og vil si å leve seg inn i og i noen sammenhenger oppleve pasientens følelser (ibid.). Kognitiv empati derimot vil si at man ved innlevelse prøver å finne ut hvordan den andre har det når det gjelder tankesett og hvordan den andre oppfatter seg selv i situasjonen. Bruken av affektiv og kognitiv empati samtidig er grunnleggende for å kunne skape et fullstendig bilde av pasienten (Eide & Eide, 2010).

Evnen til å vise empati i det profesjonelle arbeid er en kvalitet som er grunnleggende for å skape en relasjon mellom sykepleier og pasient (Håkonsen, 2009). Bruker man empati riktig som sykepleier vil pasienten få større selvinnsett og forståelsen av eget liv som igjen vil bidra til å utvikle og beherske erfaringene i det å være pasient. På denne måten vil pasienten få en oppfatning av respekt og forståelse (Håkonsen, 2009).

3.9.2 Tillit og respekt

For å kunne skape en menneskelig relasjon er tillit en nødvendig forutsetning (Lillestø, 2010). God omsorg betinger god tillit (Hummelvoll, 2012).

Tillit er viktig for å skape relasjon mellom pasient og helsepersonell da pasienten er avhengig av informasjon fra helsepersonellet for gi et frivillig samtykke til en klinisk intervensjon for deretter selv å kunne bedømme etikken og konsekvensen av intervensjonen. Har derimot pasienten mistillit til helsepersonellet kan pasienten få liten tillit til informasjonen som gis og pasienten vil ikke gi et frivillig samtykke til intervensjonen. Et resultat av dette kan i noen tilfeller føre til unødig misforståelser, konflikter (ibid.). Det er viktig at en sykepleier prøver å skape en atmosfære som består av tillit, forståelse og åpen kommunikasjon (Hummelvoll, 2012).

For en sykepleier er pålitelighet viktig i forhold til å holde det man lover, og at de handlingene man gjør bygger oppunder det etiske som respekt, ærlighet og lojalitet. Lover man en ting skapes en forventning om at det skal skje (Hovland, 2007).

Begrepet respekt betyr se tilbake, se om igjen oversatt fra det latinske ordet respektere. Vår bruk av ordet er ofte i sammenheng med å uttrykke aktelse eller ærbødighet. Som sykepleier er dette et viktig element for å skape en relasjon til pasienten (Hovland, 2007).

For å sammenfatte dette kan man si at sårbarheten til en pasient avhenger av personlige og miljømessige forhold. Det å bli såret medfører sterke følelser som igjen gir utslag i stress og angst. Pasienten får følelsen av håpløshet, maktesløshet, apati og man kan miste kontroll. Slike tanker vil bidra til at pasienten mister evnen til å tenke problemløsende i gitte situasjoner. Derfor er det viktig for en sykepleier og arbeide forebyggende for å minske sjansen for sårbarhet hos pasienten. Dette kan vi gjøre ved å fokusere på respekt, omsorg, ærlighet og lojalitet (Hovland, 2007).

3.9.3 Håp

Begrepet håp beskriver Eide og Eide, (2010) tilknytting fortid med nåtid med fremtid. Håp innebærer oppmuntrende forhåpninger til hva som er potensiell på kort eller lengere sikt, uten at det er nødvendigvis at man forventer at problemet eller det som er vanskelig skal løses. At man har tillitten til fremtiden som kan oppleves meningsfylt (ibid.). Håp kan knyttes til ulike metaforen som for eksempel å se muligheter til å se lys i tunnelen eller å ha finne en løsning fremover i livet og ha en forestilling om et mål som man ønsker å se fremover på. Eide og Eide (2010) presenterer håp i tre aspekter som mestring, mål og optimisme.

Travelbee (1999) skriver for å gjennomleve plager og lidelser har håpet en vesentlig betydning. Det er viktig å få tak i pasientens håp og ønsker. Håpet er noe av det dypeste personlige hos mange mennesker og som man ikke avslører til hvem som helst (ibid.). Ett menneske som er uten håp, ser på verden med andre øyne enn den som opplever håp.

Forsker Tone Rustøen skrive i sin bok om begrepet håp i de senere årene har vært økende innenfor sykepleien. Dette kan skyldes en økende kroniske syke pasienter (Rustøen, 2001). Håp er viktig for helse og velvære som er en viktig faktor for alle menneskers liv, når tap og sykdom oppleves kan håpet bli borte og dette kan være en utfordring som sykepleiere vil

møte. Håpet er viktig å ha for å ha det godt for å leve og da blir det lettere å mestre vanskelige hendelser og situasjoner som man møter i livet. Gode kunnskaper sykepleiere har, kan styrke håp med å oppmuntre pasienten til å bruke sine egne ressurser i en vanskelig og mørk periode, slik at pasienten kan øke evnen til å se fremover i livet i riktig retning (Rustøen, 2001).

3.9.4 Eksistensielle

Det å ivareta hele mennesket utfra situasjon og miljø til pasienten til en hver tid er viktig i en profesjonell situasjon innen pleie og omsorg. Utøver man sine arbeidsoppgaver med et helhetlig menneskesyn er dette en kvalitetssikring i sin yrkesutøvelse. Likeverd, rettferdighet og respekt for andre mennesker uansett helsetilstand, årsak og alder er nøkkelford for god pleie og omsorg (Hansen & Lingås, 2005).

Menneske blir betraktet som en sammensatt enhet som består av en fysiske, psykiske og sosiale dimensjoner. Legger man til den eksistensielle dimensjon vil denne påvirke helheten. Disse fire dimensjonene står alltid i et samspill med hverandre påvirket av miljø og omgivelser til en hver tid (Hansen & Lingås, 2005).

Den fysiske dimensjon omhandler hvordan kroppens ulike organer fungerer sammen for at kroppen skal fungere optimalt. Alle organer må være tilpasset hverandre slik at helheten i samspillet tilfredsstiller en fysisk helhet. For at dette skal fungere er det en forutsetning at de grunnleggende fysiske behov er dekket. Dette vil si at de daglige behovene for luft, væske og mat blir tilfredsstilt samt at kroppen kan kvitte seg med avfallsstoffer. I tillegg må kroppen få dekket behovet for aktivitet og hvile (Hansen & Lingås, 2005).

Den psykiske dimensjonen handler om menneskets følelser og intellekt. Hvordan mennesket betrakter og reflekterer over den verden de lever i. Dette gjøres ved hjelp av tanker og symboler. Det som påvirker våre valg er følelser. Vi velger ofte det som gir oss tilfredsstillelse og velbehag, og velger vekk det som gir oss ubehag og problemer. Vår livserfaring gjør at hvert enkelt menneske gjør sine personlige valg, og gir hvert enkelt menneske sin måte og tenke på. På bakgrunn av dette blir alle mennesker mer eller mindre unike sammenliknet med hverandre (Hansen & Lingås, 2005).

Den sosiale dimensjon tar for seg den sosiale siden av menneske. Mennesket er ikke skapt for sosial isolasjon. Fellesskap og samspill mellom mennesker er grunnleggende for vår eksistens

og er en nødvendighet for å få et meningsfylt liv. Den sosiale delen av livet blir også brukt som et mål på at vi som enkeltmenneske betyr noe for samfunnet og for andre mennesker (ibid.). Den eksistensielle dimensjonen blir ofte kalt den åndelige dimensjon i faglitteraturen. Mange oppfatter dette som en religiøs faktor noe som er en mangelfull og veldig misvisende forståelse. Om et menneske er troende eller ikke så innehar de en åndelig dimensjon.

Åndelige behov er behov som mennesket betrakter som verdifullt for sin eksistens og det som gir livet mening. I stedet for å kalle disse behov for åndelige behov synes det riktig og mer beskrivende å bruke uttrykket eksistensielle dimensjon (Hansen & Lingås, 2005).

Denne dimensjonen tar for seg menneskets verdi syn dvs. det verdigrunnlag som ligger til grunn for valg og handling. Menneskets verdigrunnlag, uavhengig av hvilket, vil påvirke menneskets holdninger og syn på liv og død (ibid.). Man må se verdier og vår vilje i sammenheng. Er man bevisst på verdier, gjør dette at man gjør bevisste valg som igjen gjør at vi skiller mellom moralsk riktige og uriktige handlinger. Ved å handle utfra egne verdier blir egen integritet ivaretatt. Det vil si at samspillet med andre og med omgivelsene blir gjort slik at hele menneske med alle behov og personlighetstrekk blir ivaretatt. Derfor er den eksistensielle dimensjon så viktig i forhold til å påvirke de andre dimensjonene og hele menneske (Hansen & Lingås, 2005).

4.0 Drøfting

Vi skal her drøfte vår problemstilling utfra fremlagt teori. Som teoridelen viser er det mange former for kommunikasjon og mange måter og bevisst bruke kommunikasjon på for å skape en relasjon til pasienten. Ved å bevisstgjøre sin egen kommunikasjon i utøvelse av sykepleieryrket mener vi at man kan utøve sitt yrke på en bedre måte som igjen vil gagne pasienten. Vi vil drøfte hvordan teorien underbygger viktigheten av kommunikasjon i relasjonsskapende arbeid i hjemmebasert omsorg til deprimerede pasienter. Vi har i drøftingsdelen valgt og ikke dele inn i mange kapitler da veldig mange av problemstillingene henger svært tett sammen og er dermed vanskelig å skille i egne kapitler.

Hvordan kan sykepleiere gjennom kommunikasjon bidra til å skape en god relasjon til pasienter som lider av depresjon i hjemmebasert omsorg?

4.1 Omsorg i hjemmet

I hjemmebasert omsorg tenker vi oss at respekt for pasienten er fundamentalt. Vi kommer inn i et hjem, til en person som lider av depresjon og som i utgangspunktet kan være likegyldig til alt og alle, har et dårlig selvbilde og kan føler seg isolert. Han preges av negative tanker og har distansert seg fra samfunnet ved å være alene i sitt eget hjem (Hummelvoll, 2012). Han tenker ofte på livet i svart-hvitt-tenkning, og ser håpløshet i livssituasjonen sin og ser på fremtiden som svært vanskelig og ser problemene videre i livet (Håkonsen, 2009). Det er da viktig å få pasienten til å håpe på noe positivt i fremtiden. Klarer vi som sykepleiere å få pasienten til å få tillit til fremtiden oppleves dette som meningsfylt (Eide & Eide, 2010). Det å skape et håp er som å se lyset i tunellen og opprette troen på noe positivt i fremtiden (ibid.).

På bakgrunn av dette blir håpet en viktig faktor for pleie og omsorg. Som sykepleier kreves det også her god fagkunnskap om hva håp er og hvordan dette kan styrkes og svekkes hos pasienten. Dette er et indre anliggende hos pasienten som han selv må finne frem til. Holdningen og atmosfæren rundt pasienten har stor innvirkning på hans håp. Derfor kan sykepleierens atferd og tilstedeværelse være av stor betydning for pasientens. Vi kan fremkalle og styrke håpet ved å gi positive oppmuntringer og benytte egne ressurser. (Rustøen, 2001). Vi mener at vår sykepleier rolle i denne situasjonen blir ekstra viktig i hjemmebasert omsorg da det i mange tilfeller bare er vi som er på besøk hos pasienten i løpet av en dag.

Når vi som sykepleier skal ut i hjemmebasert omsorg trækker vi inn i noe privat, det private hjemmet. Her skal vi forsøke å få tilgang til noe som enda mer privat, tanker og følelser, på en slik måte at vi skaper en trygghet bygd på relasjoner, som vi skaper ved god og riktig kommunikasjon (Rustøen, 2001). Om vi prøver å tenke oss hva som særpreger en deprimerte pasient er dette individuelt, men som Hummelvoll (2012) nevner er de mest fremtredende symptomene tristhet, lav selvaktelse og pessimisme. Pasientene har også en tendens til å trekke seg tilbake fra sosial deltagelse.

Hos pasienter som sliter med depresjon og bor hjemme, mener vi at vår oppgave som sykepleier er desto viktigere, og noen ganger vanskeligere enn om vedkommende hadde vært på institusjon. I en institusjons situasjon jobber sykepleieren i et kjent miljø med faglig kompetanse rundt seg til en hver tid. I hjemmebasert omsorg har på en måte pasient og sykepleier byttet plass i forhold til dette. Pasientens private hjem blir vår arbeidsplass. Det er da viktig for sykepleieren å huske at det er og forblir et hjem. Et hjem bestående av fire vegger som danner en slags ramme rundt pasientens liv.

Alle hjem er annerledes både utenpå og inni, preget av den som bor der. Det er privat (Fjørtoft, 2009). Når vi så går over terskelen i en annens persons hjem er det ekstra viktig å gå frem med varsomhet og respekt. Vi passerer mange grenser, vi går inn i pasientens trygghet og identitets sone. Det er her vi må trå varsomt så vi ikke drar den profesjonelle institusjonstanken inn i hjemmet, men møte pasienten i hans hjem på hans premisser og være ydmyk for dette (Fjørtoft, 2009).

En annen utfordring i hjemmebasert omsorg slik vi ser det, er at det ikke er satt av tid til å ivareta de psykososiale behov hos pasienten. I en forskningsartikkel fra sykepleien forskning skrevet av Tønnesen og Nortvedt (2012) stiller de spørsmålet «Hva er faglig ansvarlig hjemmesykepleie». De setter her fokus på om vi som sykepleiere kan utføre vårt yrke på sykepleiens verdigrunnlag når psykososiale og åndelige behov ikke er definert som en del av hjemmesykepleien. Vi stiller oss spørsmålet hvordan skal vi klare å gi en god omsorg til en pasient når det ikke er satt av tid til å skape relasjoner på en skikkelig måte?

En annen artikkel Hemsley, Blanding og Worrall, (2011) som tar for seg noe av det samme, er at de stiller her spørsmål om sykepleiere i utøvelsen i sitt yrke har tilstrekkelig tid til å kommunisere med pasienten. I mange situasjoner føler sykepleieren at dette tar for lang tid og

at tiden er den største barrieren for kommunikasjon. Tidspresset er så stort at kommunikasjonen blir den salderende arbeidsoppgaven. Det blir vanskelig og skape en god relasjon til pasienten og få pasienten til å føle tilstrekkelig omsorg når all tid brukes til å dekke grunnleggende behov som mat, drikke, vask, toalettbesøk osv. Pasientens behov for kommunikasjon med sykepleieren blir ikke vektlagt. Vi støtter disse utsagnene da dette også er vår erfaring fra praksis og mener også det er vårt ansvar som sykepleiere å få frem behovet, hvor viktig det er med en helhetlig omsorg i hjemmebasert omsorg.

Det vil alltid være individuelt hvordan man hensiktsmessig møter pasienter. I mange fagbøker står det at for å ha best mulig forutsetninger for å møte pasienter på en god måte, kan det være viktig å sette seg inn i pasientens bakgrunn. Dette fordi at psykiatrisk sykepleie skal være en planlagt virksomhet (Hummelvoll, 2012). Vi mener at det kan være en fordel å få danne seg sitt eget inntrykk av pasienten uten å ha fått informasjon på forhånd. Dette kan føre til forutinntatte holdninger ovenfor pasientene. Vi mener at selv om vi ikke kjenner pasienten eller har noe som helst bakgrunnsinformasjon så skal vi i tråd med det å være sykepleier møte mennesket med respekt. Derfor er det viktig at vi som sykepleiere møter den andre med varhet og tilbakeholdenhet. Det vil for oss si å møte den andre med ydmykhet, en forsiktig tilnærming, interessert og engasjert, men uten at den andre opplever at vi får kontroll over ham (Hummelvoll, 2012). I utgangspunktet er ikke møte mellom en pasient og en sykepleier ett likeverdig møte. Det er et møte der den ene føler seg maktesløs og den andre ofte har makt (Dalland, 2012).

Hvordan kommer så våre holdninger til syne som sykepleier? Som Hummelvoll (2012) skriver at våre verdier og holdninger sier noe om hvilket menneskesyn vi har på andre mennesker. Den underbygger også funne fra forskningsartikkelen fra Foss og Wahl (2002). Om vi møter pasienten med en diagnose og hans historie i bakhodet, kan det være fort gjort å sette pasienten i "bås". Vi mener at enkelte ganger så ser man pasienten i ett helt annet lys om man ikke har noen bakgrunnsinformasjon. Man skal hele tiden møte mennesket der mennesket er (Hummelvoll, 2012). Vår erfaring fra praksis i hjemmebasert omsorg er at man allikevel aldri vet nøyaktig hva man kommer til i møte med pasienten og det er heller ikke alltid at man får satt seg inn i pasientens bakgrunn. Uansett når man skal møte ett annet menneske i hjemmebasert omsorg, skal man møte dette mennesket med respekt og ydmykhet, selv om vi ikke har noen som helst bakgrunnsinformasjon.

Kari Martinsen (Kirkevold, 1998) sier at vår moral kommer til syne i hvordan vi møter mennesker på. Hummelvoll påpeker viktigheten av på forhånd å klargjøre hva man står for i synet på blant annet mennesket, lidelse og sykepleie (Hummelvoll, 2012). Som sykepleier er det viktig å se hele mennesket og være åpen til den man skal møte. En tanke vi har gjort oss er at man må våge å møte mennesket med den lidelsen de har og de følelser som dukker opp hos pasienten og hos oss som sykepleiere. Travelbee (1999) mener at for at vi skal forstå det andre mennesket må man ha erfart samme lidelse selv. Her har vi et mer nyansert syn. Dette beror seg på de erfaringer vi har fra tidligere innen omsorgsyirket. Med vår erfaring mener vi at dette kan ha noe med alderen på oss som sykepleiere å gjøre. Ikke for det, en som er ung kan også ha mange erfaringer og opplevelser. Vi mener at i enkelte situasjoner kan vi forstå lidelsen til pasienten selv om vi ikke har opplevd det sammen selv. Vi mener dette har med empati, og evnen til å vise dette.

Hansen og Lingås (2005) sier at hvert enkelt menneske er unikt og atskiller seg i større eller mindre grad fra andre mennesker. Det finnes ingen fasit på hvordan vi skal møte deprimerte pasienter. Det er viktig å være ydmyk og møte pasienten på en profesjonell måte der hvor han er (Travelbee, 1999).

Betegnelsen helhetlig sykepleie blir ikke brukt av Martinsen, men hun velger å uttrykke hvor viktig det er å se pasientens hele situasjon, altså den livssituasjon som pasienten til en hver tid er i og at dette krever hele sykepleieren (Kirkevold, 1998). Helhet vil da bety og være ydmyk til det vi ikke vet. Derfor vil helheten bevege seg og forandre seg hele tiden og kan ikke kontrolleres, fanges eller styres men det er mulig og få en helhetlig tilnærming. En slik tilnærming mener Martinsen, er her referert i Kirkevold (1998) sin bok. Er bevisstheten om at menneske vi møter er mer enn det sykepleieren i første omgang får inntrykk av eller er bevisst på. Uansett vil det komme frem nye sider og det vil alltid være ting som ikke kommer frem. Derfor er det å utøve helhetlig sykepleie et ideal som vi som sykepleiere skal ha, men i virkeligheten er det ikke mulig og realisere dette fullt ut (Kirkevold, 1998).

4.2 Kommunikasjon bare å snakke?

Vi har erfart at kommunikasjon er ett viktig redskap som sykepleier og som Travelbee (1999) skriver er det vårt eneste redskap som sykepleiere. Det er gjennom kommunikasjon vi som sykepleiere får mange opplysninger fra pasienten om hva det er som plager pasienten (Eide &

Eide, 2010). Det og aktivt lytte til pasienten er kanskje den mest grunnleggende egenskapen for å kommunisere godt med pasienten (ibid.). Kommunikasjonsferdigheter kan grovt deles inn i to kategorier, relasjonsskapende ferdigheter og avklarende/fokuserende ferdigheter. Disse ferdighetene må sykepleieren selv som person være med i og kan ikke sammenfattes til en teknikk. Du må altså som sykepleier tolke pasienten og velge kommunikasjonsform i hvert enkelt tilfelle (Kristoffersen, 2011).

Et møte mellom pasient og sykepleier er alltid en spesiell situasjon for begge parter og allerede i det første møte med pasienten er det viktig å være bevisst sin egen kommunikasjon. Samtidig er det som viktig å være bevisst på sine egne holdninger. Det å være oppmerksom på våre egne verdier og holdninger, både det ubeviste og det beviste, legger føringer for våre handlinger, hevder Hummelvoll (2012). Travelbee (1999) sier at gjennom kommunikasjon – nonverbalt eller verbalt, formidler sykepleieren omsorg for den hun har ansvaret for. Det er gjennom kommunikasjon vi formidler omsorg, trygghet og viser respekt. Travelbee (1999) sier videre at alle mennesker er ett unikt individ som er likt, men allikevel så ulikt. Vi vet ikke hvem vi møter og hvordan vi blir møtt. Pasientens oppfattelse av oss som sykepleiere avhenger av mange faktorer. Noen av disse kan vi ikke påvirke, men bare være bevisste, mens andre kan vi ved fagkunnskap til en viss grad påvirke og styre. Her er kommunikasjon vårt viktigste verktøy. Vi mener at bruker vi dette verktøyet rett, styrkes muligheten til å skape en sykepleier-pasientrelasjon som kan bidra positivt til å utøve en bedre behandling og omsorg ovenfor den deprimerte pasienten.

Man må kunne kommunisere tilbake på en mest mulig åpen måte, leve seg inn i den andres tanker og følelser, være lyttende og direkte på en faglig begrunnet måte. Det er en fordel å legge bort faglig ord og uttrykk men bruke det samme språk som pasienten (Tveiten, 2008). Det å lytte og gi en god tilbakemelding er viktig, men poenget trenger ikke være perfekt (Eide & Eide, 2010). Oppmerksomhet er en forutsetning for god kommunikasjon. Dette er grunnleggende for utvikling av tillit som grunnholdning.

Hvordan vi orienterer oss mot den andre- om vi tar oss tilstrekkelig tid, hvordan vi fester blikket og vender kroppen viser vår oppmerksomhet ovenfor pasienten. Vi kan signalisere åpenhet ved å vende oss mot den andre, la armene hvile avslappet ned og lene oss lett forover. Gjør vi det motsatte vil vi virke avvisende. Når vi har øyekontakt signaliserer det oppmerksomhet, og bidrar til å skape en atmosfære av troverdighet. Å ha øye kontakt er ikke

det samme som å stirre. Her må det ikke være for mye eller for lite, det er viktig å være avslappet og ta seg god tid (Eide & Eide, 2010).

Dette innebærer at vi må være bevisst på de signaler vi sender ved måten å føre kroppen på, om vi respekterer pasienten, har god eller dårlig tid. Vi som sykepleiere må være bevisst på hvordan vi uttrykker oss med non verbale kommunikasjon og bruke dette på en riktig måte (Håkonsen, 2009). Hvordan vi kommuniserer nonverbalt oppfattes fort av pasienten, og dette kan være avgjørende for hvordan møte mellom oss som sykepleiere og pasienten blir.

Holdningene våre gjenspeiles gjennom vårt kroppsspråk. Blikk, ansikts uttrykk og kroppsholdning sier ofte mer en ord. Man skal ikke være stirrende men ha ett ”omsorgs fylt” blikk, dette kan være viktig slik at pasienten får tillit til oss. Hever man øyenbrynene kan dette tolkes dømmende ovenfor pasienten (Eide & Eide, 2010).

Når det gjelder pasientens oppfatning av nonverbal kommunikasjon er våre erfaringer at noen ganger tolker pasienten dette negativt uavhengig av positivt eller negativt kroppsspråk.

4.3 En god relasjon-en målsetting.

Når vi snakker om en god relasjon eller yte omsorg mener vi at den skal være preget av trygghet, tillit og respekt. Vi som sykepleiere ønsker at den andre skal ha en opplevelse av at vi *vil han vel* og må da ha en empatisk og anerkjennende holdning i møte med pasienten (Travelbee, 1999). I en forskningsartikkel skriver Allan og Dixon (2009) om hvordan sykepleieren kan bygge relasjoner til kvinner; som lider av depresjon, og hvordan man best kan hjelpe dem. Relasjonene bygges på forståelse og tillit på en respektfull og empatisk måte, samtidig vise omsorg. Om sykepleieren viser vilje til å forstå pasientens verdi, er en relasjon etablert, hevder de (ibid.).

Hvilke utfordringer støter vi så på i en slik situasjon?

Vi som sykepleiere skal jobbe ut ifra yrkesetiske retningslinjer, men vi har erfart og sett at det ikke alltid er samråd mellom teori og praksis. For at man skal yte god omsorg så må vi som sykepleiere ha god bakgrunnsinformasjon og kjenne godt til pasienten, mener Travelbee (1999). Dette er vi uenig i da vi mener at man kan yte god omsorg selv om man ikke kjenner pasienten. Vi som sykepleiere vil aldri kunne bli godt kjent med alle pasienter vi møter i vår yrkesutøvelse.

Når vi bruker betegnelsen profesjonell menes det at pasienten ikke skal føle situasjonen terapeutisk. Det som gjør møtene terapeutiske er blant annet sykepleieren evne til å balansere mellom nærhet og avstand, at sykepleieren kan være tålmodig og utholdende over tid. Det som er utrolig viktig er at sykepleieren kan betrakte seg selv, evaluere og korrigere sin væremåte (Stand, 1990).

Som sykepleier mener vi at det er viktig at man er aktiv og empatisk til pasienten i enhver situasjon og at man forsøker å møte pasienten der hvor pasienten befinner seg i sin aktuelle situasjon. Dette er hva den eksistensielle tilnærmingen innebærer. Den tar ikke så stort hensyn til hva som har skjedd tidligere i livet, men ivaretar hele mennesket i den situasjonen og i det miljøet pasienten befinner seg i her og nå (Hansen & Lingås, 2012).

For å skape en relasjon er det viktig å se den andre og få den andre til å være seg selv. I kommunikasjon vektlegger vi som sykepleiere å skape tillit og trygghet samt ta seg god tid (Fjørtoft, 2009). Betydningen av en god relasjon er å oppleve å bli sett og hørt og forstått. Når vi som sykepleiere forholder oss til pasientene med respekt og viser dette gjennom å ta seg god tid, bruker pasientens navn og virkelig lytte, ser han, forholder oss til det han sier og viser at vi vil han vel, skapes det tillit (Tveiten, 2008). Gjennom dette får pasienten en følelse av tilhørighet ”senche of coherence”.

Vår sykepleierrolle mener vi er å støtte og styrke brukeren. Hvilken effekt har så dette for brukeren? I forskningsartikkel skriver Halldórsdóttir (2008) hevdes det at sykepleieren kan gjøre en forskjell i folks helse der de har stor kjærlighet til sine medmennesker. Dette forklares med et bånd av lys som dannes mellom pasient og sykepleier. Dette dannes ved hjelp av en åpen kommunikasjon og et åpent sykepleier pasient forhold. Dette synes vi understreker viktigheten av vår problemstilling da relasjoner dannes blant annet gjennom god kommunikasjon.

Liv Strand (1990) skriver i sin bok at selve rammen som må til for at forholdet mellom sykepleier og pasient skal etablere seg er kontinuitet og regelmessighet, dette er sannsynligvis den eneste måten å signalisere interesse på. Man må oppnå en relasjon for å ”komme til” og tilby noe til en deprimert pasient. Skal vi som sykepleiere skape en relasjon med pasienten må vi tilby han kontakt og regelmessighet, møte opp og være tilgjengelig gang etter gang, bevise at dette er ett tilbud pasienten kan stole på (Strand, 1990).

Etter vår erfaring er dette krevende da pasienter som lider av depresjon kan være svært skeptiske og liten tro på omverden. Som sykepleiere må vi vise pasienten at han kan regne med oss og at vi følger opp, selv om det kan ta lang tid før pasienten gir tegn på at vi har nådd inn til han, eller i det hele tatt har lagt merke til at vi er der. Det er umulig å si hvor hyppig en kontant skal være for at pasienten skal oppleve dette som kontinuitet (Strand, 1990). Som sykepleiere kan vi legge opp faste avtalte tider, og ved at tidene er faste kan dette oppleves lettere for pasienten, det blir kontinuitet og regelmessighet. Av erfaring kan dette være en utfordring i hjemmebasert omsorg, men om man forklarer pasienten hvorfor man ikke kommer til ”rett tid” så har de aller fleste forståelse for dette.

Som sykepleiere styrker vi hans ego ved å gi pasienten støtte, styrke, bekreftelse, dette kan gjøres når vi som sykepleiere for eksempel tilbyr oss og komme tilbake og bruke god tid dag etter dag (Strand, 1990). De egostyrkende prinsipper er viktig i en slik situasjon med det moderlige og det faderlige ego prinsipp som det grunnleggende, dette underbygges også fra forsknings artikkelen skrevet av Foss og Wahl (2002). Pasienten vil også føle en tillit til oss dersom han opplever å bli møtt med en genuin interesse og oppmerksomhet (Hummelvoll, 2012).

Empati bringer bevegelse og utvikling inn i en relasjon mellom pasient og sykepleier, det er en viktig kvalitet i seg selv i profesjonelt arbeid (Håkonsen, 2009). Riktig bruk av empati vil hjelpe pasienten til å få større innsikt og forståelse for eget liv, og dette vil føre til mestrende og utviklende erfaringer som de gjør seg i det å være pasient. Pasienten vil oppleve seg forstått og respektert” (Askheim & Starring, 2008).

5.0 Konklusjon

Slik vi ser det finnes det ikke noe fasitsvar på vår problemstilling.

Hvordan kan sykepleiere gjennom kommunikasjon bidra til å skape en god relasjon til pasienter som lider av depresjon i hjemmebasert omsorg?

Vår konklusjon er at det er nyanseforskjeller når det gjelder begreper og uttrykk og mange teorier og metoder ligger så nært opp til hverandre at de knapt kan skilles. Vi bruker begreper og uttrykk som omsorg, relasjoner og kommunikasjon. Vi mener at dette ikke kan settes i en bestemt «bås» eller rekkefølge isolert sett, da vi mener å se at dette i stor grad sammensmeltes og bidrar på hver sin måte til å danne en helhet, omsorg. Vi har grunn til å tro at det er forskjellig måter å oppnå pasientens omsorgsfølelse på og at omsorgsfølelsen er en individuell følelse. Omsorgsfølelsen skapes på forskjellige måter avhengig av pasientens følelse for hva omsorg er. Dette mener vi underbygges av det Travelbee sier, « at alle mennesker er et unikt individ som er likt, men allikevel så ulikt». Vi kan for eksempel gi følelsen av omsorg ved tilstedeværelse hos en pasient, mens hos en annen må vi i tillegg til tilstedeværelse bruke kunnskapsbasert kommunikasjon for å kunne gi den samme følelsen.

En sykepleier uttrykker med andre ord omsorg ved sin tilstedeværelse og sine handlinger. Martinsen underbygger dette i litt videre forstand ved å si at omsorg er noe vi er og gjør, altså det vi som sykepleiere er og det vi gjør og sier samtidig at dette ikke kan skilles. Vi ser kommunikasjon som det viktigste verktøyet i det å skape en god relasjon og dermed omsorg, men mener at dette alene ikke er tilstrekkelig. Martinsen beskriver universell kjærlighet som grunnlag for omsorg men at det skal være på en profesjonell måte. I tillegg legger hun til at det å være profesjonell ikke betyr at man ikke skal være åpen for følelser, men våge å være menneske og hvordan nonverbal og verbal kommunikasjon bygger et grunnlag for omsorg og respekt.

I vår yrkesutøvelse vil det alltid være noe å strekke seg etter. Det å måtte være tålmodig og utholdende over tid er noe vi må bestrebe oss på. Vi må kunne betrakte våre væremåter der det er nødvendig. Det er viktig å se seg selv i møte med andre mennesker. Møte mellom mennesker er aldri forutsigbart og dette krever stor tilpasnings dyktighet hos sykepleieren. Dette har vært en spennende og utfordrende oppgave å jobbe med. Det har vært lærerikt og gitt begrepet omsorg en videre betydning. Vi ser i ettertid at vi har valgt et stort tema og ser at

begrepene omsorg, relasjon og kommunikasjon rommer mye. Det kunne vert skrevet mye mer enn det vi har hatt muligheten til her. Vi ser også at denne problemstillingen kan overføres til andre pasientgrupper og ikke bare til de som lider av depresjon. Vår konklusjon er at vi som sykepleiere skal møte pasienten med respekt og ha en forståelse for at omsorgsfølelsen kan oppfattes individuelt. Pasienten skal møtes av holdningen «jeg vil deg vel».

Litteraturliste

*Allan, J. & Dixon, A. (2009). Older women`s experiences of depression: a hermeneutic phenomenological study. *Journal Psychiatr Ment Health Nurs*, 16(10), 865-873. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01465.x (12 sider)

Brinchmann, B. S. (2010). I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fjørtoft, A. K. (2006). *Hjemmesykepleie - Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

*Foss, B., & Wahl, A. K. (2002). Pasienters behov viktigere enn rutiner. *Sykepleien*, 90(18), 35-39. Lokalisert på <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/121282/pasienters-behov-viktigere-enn-rutiner> (5.03.2013) (4 sider)

*Halldorsdottir, S. (2008). The dynamics of the nurse–patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient`s perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 649 - 652. Doi: 10.1111/J.1471– 712.2007.00568.x (3 sider)

*Hansen, Å. & Lingås, L. G. (2012). *Etikk og kommunikasjon* (4.utg.). Oslo: N.W. Damm & Søn. (42 sider)

*Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64 (2011). Lokalisert på

http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=HELSEPERSONELLOV*&& 09.02.13. (2 sider)

* Hemsley, B., Balandin, S. & Worrall, L. (2011). Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to successful communication in

hospital, *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 116-126. Doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05722.x. (10 sider)

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hovland, R. (2007). Å være pasient. IN N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (s. 42-43). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (2.utg). Oslo: Gyldendal. (19 sider)

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red). (2011). *Grunnleggende sykepleie: Bind 3*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet- en utfordring for sykepleieren*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

*Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. (14 sider)

*Snoek, J. E. & Engedal, K. (2008). *Psykiatri: kunnskap, forståelse, utfordringer* (3. utg.) Oslo: Akribe Forlag. (60 sider)

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling mestring og helhet: Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tveiten, S. (2008). *Den vet best hvor skoen trykker* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske. (259 sider)

*Tønnesen, S. & Nordtvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie. *Sykepleien forskning*, 3(7), 280-285. doi:10.4220/sykepleienf.2012.0134 (5 sider)

*World Health Organization [WHO]. (2013). Lokalisert på
http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_mental_health_day/en/index.html
07/03.13 (1 side)

Selvvalgt litteratur 421 sider.