

Campus Elverum

Avdeling for folkehelsefag

4BACH

Mina Kathrine Tajet Azouaoui og

Ida Esbjørnsen Larsen

Veileder: Ann Grete Dybvik

Akre

Tap av håp – hvordan fremme håp hos pasienter
med depresjon.

Loss of hope – how to promote hope in patients
with depression.

Antall ord: 11325

BASY 2014
2017

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Sammendrag

Tittel:	Tap av håp – hvordan fremme håp hos pasienter med depresjon. Loss of hope – how to promote hope in patients with depression.
Problemstilling:	“Hvordan kan vi som sykepleiere fremme håp hos pasienter med moderat depresjon?”
Veileder:	Ann Grete Dybvik Akre
Antall sider/ord: 44/11325	Antall vedlegg: 2
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven: Introduksjon: Depresjon er meget hyppig i befolkningen, og verdens helseorganisasjon har slått fast at depresjon er en av de ledende årsaker til sykdom i verden. Hensikt: Gjennom denne oppgaven ønsker vi å tilegne oss mer kunnskap om hvordan sykepleier kan fremme håp hos pasienter med moderat depresjon, gjennom tilnæringsmåten kommunikasjon og relasjon. Metode: Dette er et litterært studie som er basert på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur samt fire forskningsartikler. De fire forskningsartiklene vi har benyttet er alle engelskspråklige. Vi vil gjennom drøftingskapittelet kombinere faglig kunnskap, våre praksiserfaringer, relevante resultater fra forskning og pensumlitteratur. Resultat/konklusjon: For at sykepleier skal kunne fremme håp hos pasienter med moderat depresjon, må sykepleieren se mennesket bak sykdommen. Dette for å skape en god relasjon, slik at pasienten føler seg sett og hørt, og får tillit til oss som sykepleiere. Kommunikasjon og relasjonsbygging er en god tilnæringsmåte i møtet med en pasient som lider av depresjon. Kommunikasjon og relasjon kan bidra til å motivere og utfordre pasienten slik at vedkommende kan føle på mestring, og dermed ha mer tro på seg selv. Det kan være utfordrende for pasienter med depresjon å opprettholde håpet i sin situasjon. Sykepleier kan gjennom kommunikasjon og relasjon veilede og motivere pasienten til å opprettholde håpet.	

Innhold

Sammendrag	2
Innhold	3
1 Innledning.....	5
1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Hensikt	5
1.3 Problemstilling	6
1.4 Presisering og avgrensning av oppgaven	6
2 Metode.....	7
2.1 Litterært studie	7
2.2 Litteratursøk	8
2.3 Presentasjon av forskningsartikler	9
2.4 Kildekritikk	11
2.5 Etske overveielser	12
3.1 Joyce Travelbee's sykepleiertenkning	14
3.1.1 Menneske-til-menneske forhold.....	14
3.1.2 Menneskesyn og lidelse	18
3.2 Moderat depresjon.....	18
3.2.1 Depresjon	18
3.2.2 Hva er moderat depresjon?.....	19
3.2.3 Ulike behandlingsmetoder.....	20
3.3 Sykepleierens funksjon	21
3.3.1 Kommunikasjon og relasjon i sykepleie	22
3.4 Håp og håpløshet.....	25
3.4.1 Håp	25
3.4.2 Håpløshet.....	26
3.4.3 Områder for å styrke håp.....	27
3.4.4 Sykepleierens rolle for å fremme håp	28
4 Drøfting	29
4.1 Hvordan kan sykepleier møte pasienten i det innledende møte?	29

4.2 Hvordan kan sykepleier skape relasjon og tillit til en pasient med moderat depresjon?	31
4.3 Hvordan kan sykepleier fremme håp hos en pasient med moderat depresjon?	34
5.0 Konklusjon	38
6.0 Litteratur.....	40
Vedlegg 1	43
Vedlegg 2	45

1 Innledning

1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

Ifølge Helsedirektoratet(2016) er depresjoner meget hyppig i befolkningen, mellom 6 og 12 % har depresjon til enhver tid. Betydelig flere rammes en eller annen gang i løpet av livet.

Depresjon gir både kroppslige og psykiske symptomer. Videre skriver Helsedirektoratet(2016) at Verdens helseorganisasjon har slått fast at depresjon er en av de ledende årsaker til sykdom i verden. Depresjon er en av de viktigste grunnene til arbeidsfravær, sykemelding og uførhet.

Det er altså ikke bare store personlige lidelser og tap av livskvalitet som er forbundet med depresjon, men også omfattende økonomiske og samfunnsmessige omkostninger.

Vi har valgt dette temaet ut ifra den erfaringen vi har fra tidligere psykiatripraksis, hvor vi møtte flere pasienter med mild til alvorlig grad av depresjon. Vi erfarte at felles for de fleste med depressiv lidelse, er mangel på håp. Som studenter opplevde vi at pasientene så på sin egen situasjon som håpløs, og at de hadde lite motivasjon for å motta behandling på institusjon og at deres livskvalitet var kraftig nedsatt. Dette førte til at sykepleier møtte mange faglige utfordringer i tilnærminger til pasientene.

Verdens helseorganisasjon rangerer depresjon på en fjerdeplass over de ti lidelser i verden som medfører størst tap av livskvalitet og leveår. Nyere analyser tyder på at depresjon er i ferd med å bli den ledende lidelse i den vestlige del av verden(Helsedirektoratet, 2009).

1.2 Hensikt

I denne bacheloroppgaven i sykepleie ønsker vi å finne ut om forskjellige fremgangsmåter og tiltak for å fremme håp hos pasienter med moderat depresjon. Vi tror at denne oppgaven vil kunne gi oss informasjon og kunnskap som kommende sykepleiere, som kan bedre vår kvalitet innenfor yrket.

1.3 Problemstilling

Ut ifra temaet depresjon og håp har vi valgt følgende problemstilling:

”Hvordan kan vi som sykepleiere fremme håp hos pasienter med moderat depresjon?”

1.4 Presisering og avgrensning av oppgaven

Sykepleie til pasienter med depresjon er et stort og omfattende tema. Vi har derfor valgt å fokusere på sykepleierens ansvar i forhold til hvordan vi kan motivere pasienter som er innlagt på psykiatrisk institusjon grunnet moderat depresjon. Årsaken til at vi har valgt moderat depresjon er fordi det var dette vi traff oftest hos pasienter i psykiatrisk praksis, og dermed det vi har mest erfaring om. Samtidig ønsker vi å utvide vår kunnskap om moderat depresjon, som er begrunnelsen til valget vi har tatt. I vår besvarelse vil vi rette fokuset på å fremme håp hos moderat deprimerte pasienter ved bruk av tilnæringsmåten kommunikasjon og relasjon. Vi ønsker å nevne at vi ser viktigheten ved å ha et samarbeid med pårørende, både for oss som sykepleiere, pasienten og pårørendes del. Men vi har valgt å legge fokuset på samarbeidet mellom oss som sykepleier og pasienten i dette tilfellet.

2 Metode

Vår bacheloroppgave er basert på pensumlitteratur, lærebøker, relevant forskning, 400 sider selvvalgt litteratur, og egne erfaringer fra praksis.

Sosiologen Vilhelm Aubert(1985) blir sitert i mange sammenhenger der det blir stilt spørsmål om hva metode er, og han formulerer det slik: ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener på dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”(Dalland, 2014, s. 111). Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2014, s. 112).

2.1 Litterært studie

Litteratur er den kunnskapen oppgaven tar sitt utgangspunkt i, og som problemstillingen skal drøftes i forhold til (Dalland, 2014, s. 67). I en litteraturstudie kan det benyttes forskningsartikler som er søkt frem ved hjelp av kvantitative eller kvalitative metoder.

De kvantitative metodene gir data i form av målbare enheter. Den har et vidt spekter av informasjon, som blir hentet ut fra et lite antall opplysninger om mange undersøkelsesenheter. Den får frem det som er felles. En kvantitativ metode foregår gjennom spørreskjema med faste svaralternativer, og datainnsamlingen skjer uten direkte kontakt med feltet. Mellom forsker og undersøkelsesperson er det et jeg – det forhold (Dalland, 2014, s.112).

De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Ved at den går i dybden, får en mange opplysninger om få undersøkelsesenheter. Den får frem det som er spesielt, og eventuelt avvikende. Et kvalitativt intervju er preget av fleksibilitet uten faste svaralternativer. Datainnsamlingen skjer i direkte kontakt med feltet, og fremstillingen tar sikte på å formidle forståelse. Mellom forsker og undersøkelsesperson er det et jeg – du forhold (Dalland, 2014, s.112).

Vi har valgt å bruke kvalitativ forskning i våre søk av forskningsartikler. Da disse bygger på

personlige erfaringer fra helsepersonell, pasienter og pårørende, fant vi det naturlig å bruke denne metoden i vår besvarelse som omhandler depresjon, som er et personlig og sårt tema. Samtidig for å komme frem til vår problemstilling ønsket vi å finne personlige erfaringer om hvordan det er å leve med depresjon, men også hva pasienter selv mener har hjulpet dem i forbindelse med å fremme håp.

2.2 Litteratursøk

Vi har ved hjelp av litteratursøk funnet fire forskningsartikler gjennom skolens søkedatabase, hvor alle er engelskspråklige. For å finne relevant litteratur og artikler har vi søkt på databaser som høgskolen har anerkjent som gyldige kilder. Databasene vi har anvendt oss av er: PubMed, The Cochrane Library, SveMed og Cinahl.

Vi anvendte engelske søkeord som nursing, nurse, depression, hope, promote hope, relation og communication. Databasene ga mange treff på våre søk, men grunnet relevante resultater valgte vi våre forskningsartikler fra Cinahl og PubMed. Tre av disse er fra Cinahl, og en er fra Pubmed. Cinahl er en database som dekker sykepleiefaget, og den inneholder mye kvalitativ forskning og pasienterfaringer. PubMed er en database som inneholder tidsskrifter innen medisin, sykepleiefaget etc.

Forskningsartiklene vi har benyttet oss av er fra Canada, Storbritannia, USA og Amsterdam. Søkestrategien vår har blitt utarbeidet som tabeller(Vedlegg 1). Vi har og benyttet oss av PICO-skjema, der vi fikk strukturert søkene våre(Vedlegg 2).

2.3 Presentasjon av forskningsartikler

Her vil vi kort presentere studiens bakgrunn, hensikt, metode og funn.

Artikkel 1.

”Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing: a systematic review of the literature – part one”(Koehn & Cutcliffe, 2007).

Denne studien omhandler å finne sammenhengen mellom håp og mellommenneskelig sykepleie hos pasienter med psykisk lidelse. Litteraturstudien har tatt i bruk 57 forskningsartikler som både er kvalitative og kvantitative for å komme frem til sine funn. Nøyaktig 7 av disse artiklene omhandlet pasienter med depresjon. Gjennom artikkelen ser en at håp er en kritisk faktor for å kunne komme seg gjennom en depresjon. Videre argumenterer artikkelen at håp kan være en viktig faktor for å finne mening i den depressive perioden. Det påpekes at det relasjonelle aspektet for håp avhenger av tilstedeværelsen til en annen person som tilbyr støtte.

Artikkel 2.

”Depression: a psychiatric theory of connectivity. “(Feely & Long, 2009).

Denne studien tar utgangspunkt i å finne betydningen av et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient med depresjon, slik at sykepleier lettere kan hjelpe pasienter. Artikkelen er av kvalitativ studie, hvor det er blitt gjennomført en-til-en undersøkelser, hvor en får personlige svar fra personer med depresjon. Spørsmålene deltakerne fikk var ”hva betyr depresjon?”, og ”hva betyr det for deg å oppleve depresjon?”. Personene som deltok var både pasienter med depresjon og sykepleiere som har erfaring med å hjelpe pasienter med depresjon, men som og har opplevd depresjon selv. Alle deltakerne ble grundig informert om bakgrunnen for forskningen, og deres samtykke ble på forhånd signert. Informert samtykke ble vurdert som en pågående prosess, og deltagerne ble bedt flere ganger om å bekrefte sitt samtykke for

deltagelse. Deltakerne var sikre på at deres anonymitet ville bli beskyttet, og at deres navn eller andre identifiserende elementer i deres livserfaring ville bli beskyttet. Studiens funn viser betydningen av at sykepleier viser forståelse og har tilstrekkelig kunnskap om pasientens lidelse, sykdom og situasjon. Samtidig viser studien hvor viktig det er at både sykepleier og pasient kjenner seg selv godt nok, for å kunne få en relasjon til andre.

Artikkel 3.

”Improving quality of life for patients with major depressive disorder by increasing hope and positive expectations with future directed therapy.”(Vilhauer, Cortes, Moali, Shung, Mirocha, & Ishak, 2013).

Studiens bakgrunn er en undersøkelse for en terapiform i behandlingen for depresjon som fokuserer på å redusere håpløshet og å øke positive forventninger til fremtiden. Dette er begge faktorer som kan øke livskvaliteten for pasientene. Studien er av kvalitativ metode som sammenligner resultatet av terapi som fokuserer på fremtiden, og terapi som fokuserer på kognitiv atferd. Alle deltakerne av denne studien hadde kriteriene for depresjon, håpløshet og livskvalitet. 22 pasienter fullførte den fremtidig rettet terapiintervensjonen, og 20 pasienter fullførte den kognitive atferdsterapi-intervensjonen. Studien gikk over 10 uker, hvor deltakerne møttes i grupper 2 ganger i uken, i 90 minutter per gang. Terapien som fokuserer på fremtiden, tok utgangspunkt i å lære pasientene hvordan deres tro og forventninger skaper deres fremtid. Når pasientene ble bevisst på dette lærte de seg hvordan de kan tenke på andre måter om fremtiden og lære spesifikke ferdigheter for målsetting, planlegging, problemløsning, foreta handlinger og konstruktivt takle skuffelser. Funnet av denne studien viser at selv om begge behandlingene var effektive for å forbedre depresjon, håpløshet og positiv fremtidig forventning, viste de pasientene som ble behandlet med fremtidig rettet terapi signifikante forbedringer i livskvaliteten, enn hva pasientene som kun ble behandlet med kognitiv atferdsterapi gjorde.

Artikkel 4.

” Patient’s perspective on self-management in the recovery from depression.” (van Grieken, Kirkenier, Koeter, Nabitz, & Schene, 2013).

Evnen til selvhjelp har vist seg å være en lovende tilnærming i tilfeller av depresjon. Studiens bakgrunn var da å vise at dette kan bidra til å styrke pasientens følelse av autonomi. Gjennom studien ønsket de å finne ut hvilke strategier pasientene selv trodde de kunne bruke for å komme seg gjennom depresjonen, hvilke hovedtemaer av selvhjelpsstrategier som kunne oppdages og hvilken av disse strategiene som pasientene opplevde som mest nyttig for han/hun. Metoden de brukte i denne studien var både kvalitativ og kvantitativ. Det var kriterier deltakerne av studien måtte fylle. Blant annet kriteriene for å ha depressiv lidelse og erfaring med profesjonell hjelp. Av de 20 pasientene som deltok ble det tatt utgangspunkt i pasienter som nylig har kommet seg gjennom sin depresjon. Pasientene møttes i målrettede gruppesamtaler hvor de ble stilt spørsmål. Resultatet av studien ble samlet sammen som 8 strategier som pasientene fant nyttig for å komme seg gjennom depresjon.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes. Leth og Thurèn sier i Dalland(2014, s.67) at kildekritikk er et samlebegrep for metoder som er brukt for å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner.

Det er to sider ved kildekritikk. Den første handler om hjelp til å finne frem til den litteraturen som best mulig kan belyse din problemstilling. Det er dette vi kaller kildesøking eller litteratursøking. Den andre handler om å gjøre rede for den litteraturen du har tatt i bruk i oppgaven din(Dalland, 2014, s.68).

Ved våre søk av forskningsartikler har vi tatt i bruk sjekklister for å vurdere kvalitativ forskning, som er blitt funnet på Kunnskapssenteret(2017). Denne sjekklisten hjelper oss med å vurdere den metodiske kvaliteten på en vitenskapelig artikkel for å kontrollere om en kan stole på resultatene. Hensikten med sjekklisten er å få øvelse i kritisk vurdering

(Kunnskapssenteret, 2017). Sjekklisten inneholder spørsmål vi skal besvare ved funn av forskningsartikkel. Under spørsmålene står det tips som kan være til hjelp for å kunne svare.

Når vi har søkt etter forskningsartikler har vi som nevnt brukt sjekklisten ovenfor. Den har da fått oss til å tenke på hvordan vi vurderer våre valg og søk. Vi har vurdert forskningsartiklene ved å se på årstall for publikasjon. Hvis artiklene er for gamle, kan resultatene ha endret seg og de er derfor ikke til å stole på lenger. Vi har derfor valgt å søke på forskningsartikler som er blitt publisert det siste tiåret. Det vi har tenkt ved våre valg er at artikkelen gir resultater som er til hjelp for oss for å kunne besvare denne oppgaven. Samtidig har vi sett etter at artikkelen omhandler kvalitativ studie gjort i vestlige land. Vestlige land har tilnærmet lik levemåte, holdninger og verdier som Norge. Pensumbøkene vi har valgt å inkludere i vår besvarelse er godtatt fra Høgskolen som anerkjente kilder.

2.5 Etske overveielser

Kunnskap om mennesker, deres livssituasjon og måten de forholder seg til samfunnet på, er det bare menneskene selv som kan gi oss. For å få denne kunnskapen, er vi avhengige av tillit. Det betyr at menneskene det gjelder, opplever at de blir skikkelig ivaretatt når de bidrar til vår forskning eller vårt studentarbeid. Etske overveielser handler om mer enn å følge regler. Det betyr at vi må tenke gjennom hvilke etske utfordringer arbeidet vårt medfører, og hvordan de kan håndteres (Dalland, 2014, s. 95).

Vi har ivaretatt etikken gjennom denne oppgaven ved å ha en kritisk holdning ovenfor forskningsartiklene vi har valgt. Dette ved å ta i bruk sjekklisten fra Kunnskapssenteret(2017), samt at artiklene er forskningsetiske. Forskningsetikk omhandler planlegging, gjennomføring og rapportering av forskningen å gjøre. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene. I medisinsk forskning handler det også om å unngå at forskningsdeltakerne(pasienter) blir påført skade eller unødvendige belastninger.

Forskingens mål om å vinne ny kunnskap og innsikt må heller ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd(Dalland, 2014, s. 96). Vi har gjennom drøftingskapittelet i denne oppgaven anonymisert pasientsituasjoner vi har opplevd både i studentrollen og ellers.

Dette gjør at opplysningene ikke kan spores tilbake til hvilken person, hvilket sted og hvilken tid.

3 Teoridel

Dalland(2014, s. 134) hevder at ordet teori betyr det å se på eller granske noe. Hensikten med teori er at en kommer frem til en enklest og best mulig treffende beskrivelse av virkeligheten. Dalland(2014, s. 228) skriver videre at teori er som et redskap som kan brukes til å utvikle vår innsikt og til å angi hvilket perspektiv vi arbeider innenfor.

Dette kapittelet vil omhandle Joyce Travelbee's sykepleiertenkning, teori om depresjon, sykepleierens funksjon i forbindelse med kommunikasjon, relasjon, håp og håpløshet.

3.1 Joyce Travelbee's sykepleiertenkning

Vi vil i dette kapittelet gjøre rede for sykepleierteoretiker Joyce Travelbee's (1926-1973) sykepleiertenkning. Travelbee(1999) fokuserer på menneske-til-menneske forhold, som innebærer relasjonsbygging. Vi ser på hennes holdninger og teorier som relevant i vår besvarelse fordi vår problemstilling omhandler hvordan vi som sykepleiere kan fremme håp hos pasienter med depresjon. I Travelbee's teori(1999) er lidelse, mening og håp tre viktige begrep.

Travelbee(1999, s. 219) definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess der sykepleiens mål og hensikt er å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.

3.1.1 Menneske-til-menneske forhold

Travelbee(1999, s.41) mener at sykepleiens mål og hensikt oppnås gjennom etableringen av et menneske-til-menneske forhold. Et kjennetegn ved et slikt forhold er at både sykepleieren og den syke oppfatter og forholder seg til hverandre som unike individer, ikke som "sykepleier" og "pasient". Når Travelbee(1999) snakker om menneske-til-menneske forhold, tolker vi det slik at det er relasjoner hun snakker om.

Et menneske-til-menneske forhold i sykepleie er en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk, eller som har behov for sykepleierens tjenester. Det vesentlige kjennetegnet ved disse opplevelsene og erfaringene er at individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt. *Disse behovene blir ivaretatt av en sykepleier som besitter og anvender en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer, kombinert med evnen til å bruke seg selv terapeutisk.* Et menneske-til-menneske forhold blir av den profesjonelle sykepleieren målbevisst etablert og opprettholdt(Travelbee, 1999, s. 41).

Travelbee(1999) mener at et menneske-til-menneske forhold er et mål som oppnås etter at forholdet mellom sykepleieren og den syke har gjennomgått fem ulike faser;

Det innledende møtet

Når sykepleieren og pasient møtes for første gang vil de observere, bygge opp antakelser og gjøre seg opp meninger om hverandre. Visse følelser vil oppstå gjennom disse meningene og antakelsene en får gjennom det innledende møtet. Observasjon er det første og viktigste trinnet i sykepleieprosessen. Det er observasjonen en gjør, og antakelsene en får som i etterkant danner et grunnlag for videre beslutninger som tas(Travelbee, 1999, s. 186).

Ved det innledende møtet ser den syke vanligvis på sykepleieren som en ”sykepleier”, og sykepleieren ser på den syke som en ”pasient”. De ser hverandre i liten eller ingen grad som unike individer. Begge parter blir vanligvis stereotypisert og kategorisert, og det er ikke før etter at de begynner å betrakte hverandre som individer at disse stereotypene sprenges(Travelbee, 1999, s. 187).

Den profesjonelle sykepleieren har som oppgave å respondere på alle hun har omsorg for, som menneskelige individer. Evnen til å kunne anerkjenne ”pasienten” som et individ bestemmes av sykepleierens evne til å gå utenpå seg selv, og av hennes interesse for andre som enkeltindivider i stedet for som kategorier(Travelbee, 1999, s. 188).

Når først sykepleieren klarer å se den syke som et individ, og den syke responderer på dette, går forholdet de har bygd opp videre inn i en ny fase, der begges identitet begynner og tre fram(Travelbee, 1999, s. 188).

Fremvekst av identiteter

Denne fasen fokuserer på evnen til å verdsette den andre som et unikt menneskelig individ, sammen med evnen til å etablere tilknytning til den andre parten. Det krever en viss grad av evnen til å overskride selvet for å ”se” og oppfatte den andre, samtidig som en bruker seg selv som et verktøy for å få dette til(Travelbee, 1999, s. 188).

I denne fasen opplever en å få fram tanker og følelser mot den andre og å motta inntrykk av den andres personlighet. Det etableres en tilknytning mellom to individer, samtidig som en begynner å se forskjeller mellom individene, i den forstand at individuelle identiteter vokser fram og erkjennes som unike, som *enestående*(Travelbee, 1999, s. 188-189).

I denne fasen begynner både sykepleieren og den syke å knytte seg til hverandre og betrakte hverandre mindre som kategorier og mer som individer(Travelbee, 1999, s. 189)

Empati er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Empati er evnen til å kunne leve seg inn i, eller ta del i, for å kunne forstå den andres psykiske tilstand. Det er en prosess der den enkelte er i stand til å se forbi ytre atferd og føle nøyaktig på den andres indre opplevelse på et gitt tidspunkt(Travelbee, 1999, s. 193).

Å føle empati er å knytte seg til den andre og oppleve nærhet, men uten å være fysisk nær hverandre. I empatiprosessen blir den enkeltes status som unikt individ klarere oppfattet og anerkjent. Empati er en opplevelse av å forstå. Hver av partene erkjenner at noe meningsfylt formidles; de vet de har oppnådd kontakt med hverandre. Det er altså tale om en bevisst prosess; den som føler empati, er selv klar over det. Resultatet er at en er i stand til å forutsi den andres atferd (Travelbee, 1999, s. 193).

Sympati

Evnen til sympati og medfølelse går ut av empatiprosessen, men representerer et skritt videre, ved at det foreligger en grunnleggende trang eller et ønske om å lindre plager. *Ønsket om å lindre plager, som er fraværende i empati, er et karakteristisk trekk ved sympati og medfølelse*(Travelbee, 1999, s. 200).

Sympati og medfølelse er ikke en fase i prosessen med å lære hverandre å kjenne, men det virker trolig forlengende i forholdet sykepleieren får til den syke. Årsaken til dette kan være fordi sympati og medfølelse omhandler troverdig at en kan føle den andres ulykke og plager, kombinert med et ønske om å hjelpe personen som føler på dette. Men selv om en har et ønske om å lindre og hjelpe vedkommende, er det ikke dermed sagt at personen vet hvordan hjelpen bør gis, eller klarer å gi den. Sympati og medfølelse er varme, godhet, en kortvarig form for medlidenhet, en evne til *omsorg* på et følelsesmessig nivå og kommunisert til andre, og denne fasen innebærer en trang til å lindre plager. Dette er noe som ikke ligger i empati-begrepet(Travelbee, 1999, s. 200-201).

Gjensidig forståelse og kontakt

Det overordnede målet for all sykepleie er nettopp etableringen av et menneske-til-menneske forhold, og ikke minst opplevelsen av gjensidig forståelse og kontakt. Dette er noe sykepleieren og den syke kan kjenne på etter å ha gjennomgått de fire forutgående fasene(Travelbee, 1999, s. 211).

Gjensidig forståelse og kontakt er en prosess, en hendelse, en eller flere erfaringer, som gjennomgås samtidig av både sykepleieren og den syke. Den består av tanker, følelser og holdninger som formidles eller kommuniseres fra den ene til den andre(Travelbee, 1999, s. 211).

For å nå fram til gjensidig forståelse og kontakt må handlingene som sykepleieren utfører, konsekvent være ment som lindring av den sykes plager, og en underliggende forutsetning er at sykepleieren ikke gjør situasjonen *verre* for den syke. Kravet om at de handlingene som sykepleieren har satt til verks, skal konsekvent ha vært til lindring for den sykes plager, og det

bygger på mange faktorer, som sykepleierens kunnskaper og evne til å omsette dem i handlinger som er til det beste for den som mottar omsorg av henne(Travelbee, 1999, s. 212).

3.1.2 Menneskesyn og lidelse

Travelbee(1999) forholder seg til ethvert menneske som en unik person. Det enkelte mennesket er enestående og uerstattelig, forskjellig fra alle andre som har levd, og som noensinne kommer til å leve(Kristoffersen et al.,2011, s. 216).

Opplevelsen av lidelse og tap er sentralt i sykepleiesammenheng. Det er en fellesmenneskelig erfaring som ikke går uten følger av den menneskelige eksistens. Lidelse er en del av livet. Men selv om det er en fellesmenneskelig erfaring, vil den enkeltes opplevelse være høyst personlig(Kristoffersen et al.,2011, s. 216).

3.2 Moderat depresjon

3.2.1 Depresjon

Depresjon blir ofte omtalt som en av de nye folkesykdommene. Graden av depresjon og betydningen varierer stort, men på sitt verste kan depresjon ødelegge drømmer, karriere, ekteskap og mennesker. Depresjon er ikke en klart avgrenset tilstand, men heller et syndrom med en rekke forskjellige kjennetegn(Eknes, 2006, s. 19). De mest gjennomgående symptomene ved depressive lidelser er senket stemningsleie, nedtrykthet, tap av opplevelse av mening i tilværelsen, manglende interesse for andre mennesker og vanlige gjøremål, og mangel på energi. I tillegg kommer ofte svekket selvfølelse, kritikk av egen samvittighet og skyldfølelse(Helsedirektoratet, 2016). Depresjonens mest fremtredende symptomer er altså: tristhet, pessimisme og lav selvaktelse. I tillegg kommer kraftløsheten – med nedsatt fysisk og psykisk energi til å utføre dagliglivets gjøremål. Den deprimerte føler seg utslått og overveldes

av en følelse av håpløshet, og så lenge den depressive reaksjonen vedvarer, ses ikke noen hensikt med å anstrenge seg for å bekjempe depresjonen. Konsentrasjon og arbeidsoppgaver blir derfor vanskelig(Hummelvoll, 2014, s. 198).

Det er normalt å være trist fra tid til annen, men depresjon er større enn følelsen av å være ulykkelig. Når en er deprimert, kan det lave stemningsleiet vare over tid, noe som kan påvirke søvnen, relasjoner til de rundt en, jobb og appetitt. Det er ikke noe du lett kommer deg ut av(Helsebiblioteket, 2016).

Kerr(1987/88) definerer den deprimerte som en person som har mistet troen – troen på seg selv, andre mennesker, troen på livet og på en høyere makt. Den deprimerte persons ånd er undertrykket, og sinnet blir fylt av fortvilte tanker. Kroppen oppleves langsomt – fungerende, matt og kraftløs. Nettopp disse sammenvevde faktorene er nødvendig å forstå om sykepleieren skal kunne omforme personens negative syn på livet til et alternativt syn som gir grunnlag for håp, tro og frihet fra fortvilelsens fristelse(Hummelvoll, 2014, s. 198).

Ordet *depresjon* betyr nedtrykking og stammer fra latin. Begrepet kan stå for en sinnsstemning, et syndrom eller en egen gruppe sykdommer. Men selve betegnelsen depresjon kan nok føles for kraftløst og upresist for de som opplever denne lidelsen(Hummelvoll, 2014, s. 193).

Stressende hendelser i livet som samlivsbrudd, dødsfall i familien eller økonomiske problemer kan være faktorer som utløser depresjon. Sosial isolasjon, som mangel på venner eller familie i nærheten har og vist seg at kan være utløsende faktorer. Har en vært utsatt for en vanskelig barndom kan dette gjøre deg sårbar for episoder med depresjon(Helsebiblioteket, 2016).

3.2.2 Hva er moderat depresjon?

Når et individ har en moderat depresjon har personen en større tendens til å fordreie virkelighetsoppfatningen. Dette kan skje ved at egen følelse av utilstrekkelighet overføres på andre, som kan medføre at personen tror at andre misliker ham eller har en negativ oppfatning

av ham. Dømmekraften er dårlig i og med at andres intensjoner ofte mistolkes, og at egne evner blir undervurdert. Virkelighetsfølelsen er forstyrret – særlig tolkning av kroppslige stimuli. Personen kan føle tomhet, eller at det er noe galt med hjerterytmen, pusten, fordøyelsen eller eliminasjonen. Selvaktelsen er lav og selvbildet er negativt preget. Depresjonsfølelsen er fremtredende, og evnen til å føle glede er betydelig redusert. Impulskontrollen kan enten være overkontrollert eller mangelfull – hvor aggressive gjennombrudd kan oppstå – og eventuelt perioder med overspising eller høyt alkoholforbruk. Kvaliteten av objektrelasjoner er dårlig, og betydningsfulle andre er ikke internalisert godt nok. Dette kan skape ekstra sterke reaksjoner ved tapsopplevelser eller separasjon. Personer som har en depresjon kan ha en tendens til å trekke seg tilbake fra sosiale settinger. Personer med depresjon kan ha vanskeligheter med å konsentrere seg om noe, da tankeprosessen deres er langsom, og en blir lett distraheret. Det kan da bli vanskelig å forholde seg til hverdagslivets gjøremål. En kan ofte bli grublende og opptatt av spørsmål om livets mening. Kommunikasjonsmåten er karakterisert av tvil og blokkering. Talen er langsom og ordknapp. Innholdet i talen er ofte selv-nedvurderende eller preget av gjentatte ytringer av anger(Hummelvoll, 2014, s. 199-200).

3.2.3 Ulike behandlingsmetoder

Depresjon behandles vanligvis med samtalerapi og/eller antidepressive legemidler. Ved mild til moderat depresjon anbefales samtalerapi som førstevalg, fremfor legemidler.

Kombinasjonsbehandling med begge deler fungerer best for de med alvorlig depresjon(Helsebiblioteket, 2016). Miljøterapi er også en behandlingsmetode som blir tatt i bruk for pasienter med depresjon. Miljøterapi er en svært viktig metode, da alle psykiatriske institusjoner virker forenlig med det terapeutiske miljøet i hverdagen, som arter seg på både godt og vondt(Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2012, s. 236). For at miljøterapi skal kunne bli tatt i bruk på best mulig måte, burde det foregå innenfor en døgnbehandlingseenhet (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 199).

Det finnes ulike former for samtalebehandling:

Kognitiv terapi tar utgangspunkt i at mennesker med depresjon har en negativ oppfatning om seg selv. For mange er disse tankene ubevisste, det vil si at man ikke reflekterer over at man tenker negativt om seg selv. Målet med kognitiv terapi er å avdekke negative tankemønstre og bearbeide dem. Slik kan man sakte endre tankemønstrene til et mer konstruktivt syn på både egen person og verden for øvrig(Helsebiblioteket, 2016). Følelser er ofte et resultat av tankene våre, og dermed vil endringer av tankene føre til endringer i følelser(Eknes, 2009, s.76).

Interpersonlig terapi fokuserer på hvordan du fungerer i nære relasjoner, det vil si i forhold til partner, familie, arbeidskollegaer og venner. Under interpersonlig terapi lærer du deg nye og bedre måter å forholde deg til andre mennesker på. Depresjonen avtar ofte når det sosiale nettverket styrkes(Helsebiblioteket, 2016).

Problemløsende terapi tar utgangspunkt i spesifikke problemer som pasienten strever med. Ved å drøfte problemet fra flere sider og nærme seg løsninger med en trinnvis metode lærer man å finne løsninger på komplekse problemer(Helsebiblioteket, 2016).

Miljøterapi er det gjennomtenkte arbeidet som blir drevet av personalet overfor en gruppe pasienter med formål om å bidra til pasientens bedring(Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 199). En måte å jobbe på innen miljøterapi er at personalet har faste møter hvor de gjennomgår hver enkelt pasients livshistorie og dens aktuelle situasjon, planlegging av videre program for pasienten og deres kortsiktige delmål(Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009, s. 236). Alle fellesaktiviteter som foregår innenfor en døgninstitusjon er miljøterapi. Det må ligge til rette en kultur som rommer både omsorg, toleranse for konflikt og stress, voksenhet og lærevillighet(Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2012, s. 127).

3.3 Sykepleierens funksjon

I de yrkesetiske retningslinjer fra Norsk sykepleierforbund(2016) står det at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene.

Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket. Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten. I de yrkesetiske retningslinjene står det og at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg(Norsk sykepleierforbund, 2016).

3.3.1 Kommunikasjon og relasjon i sykepleie

Kommunikasjon kan defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Begrepet ”kommunikasjon” betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med. Begrepet ”relasjon” betegner det at en gjenstand står i forbindelse med en annen. I dagligtale brukes gjerne ordet relasjon om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker(Eide & Eide, 2007, s. 17).

Kommunikasjon er atferd ved at den alltid involverer fysisk og mental aktivitet både hos avsenderen og mottakeren av budskapet. Kommunikasjon er også en prosess for utveksling av meninger. Kommunikasjon krever altså at det må foreligge en avsender(en kilde), en mottaker og en mening(et budskap) som forstås av partene som er involverte(Travelbee, 1999, s. 137).

Kommunikasjon er en dynamisk kraft som kan ha stor innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner; den kan brukes til å trekke andre mennesker nærmere, til å støtte dem bort, til å gi hjelp eller til å såre. Sykepleierens grunnleggende intensjoner og hennes oppfatning av andre mennesker blir alltid kommunisert i sykepleiesituasjonen(Travelbee, 1999, s. 137).

Hovedfokuset til en profesjonell kommunikasjon i helsetjenesten er at den er faglig gjennomtenkt og til hjelp for pasienten. Hjelpende kommunikasjon forutsetter beherskelse av en lang rekke ferdigheter. Hjelpende kommunikasjon er ofte åpen, med et visst ubestemt og uforutsigbart preg. Tillit til at dette åpne og ubestemte kan føre noe godt med seg, er gjerne en forutsetning for nærhet og kontakt, og dermed også for en god relasjon og muligheten til å gi

god hjelp og støtte. Kjernen i kommunikasjonens kunst er å anerkjenne den andre – å være aktivt lyttende, åpen og samtidig direkte(Eide & Eide, 2007, s. 12).

Når Eide & Eide(2007)bruker adjektivet ”hjelpende” om kommunikasjon, er det for å tydeliggjøre det kanskje viktigste fokuset ved all kommunikasjon i helsetjenesten, nemlig at den er ment å være til hjelp for pasienten, og de pårørende. Ferdigheter i hjelpende kommunikasjon går ut på både det som i faglitteraturen betegnes som aktiv lytting og samtale-, rådgivnings- og intervjuferdigheter. Hjelpende kommunikasjon er anerkjennende, skaper trygghet og tillit, og formidler informasjon på måter som bidrar til å løse problemer og stimulere til at pasienter og pårørende mestrer situasjonen så godt som mulig(Eide & Eide, 2007, s. 20).

Eide & Eide(2007, s. 20-21) legger fram hva de mener er praktiske ferdigheter i hjelpende kommunikasjon. Dette innebærer ferdigheter i å takle konkrete kommunikasjonssituasjoner på hensiktsmessige måter, det vil si hjelpende, støttende og problemløsende. Hver enkelt pasient er unik og har unike behov. Det finnes derfor ingen fastsatt, enkel og konkret oppskrift på hva som er mest hjelpende og problemløsende. Det er derfor heller ingen fasit på hvordan man bør opptre i den enkelte situasjon.

Gjennom observasjon og kommunikasjon kan sykepleieren fastslå den sykes behov – det første nødvendige skritt ved planlegging av sykepleieintervensjoner(Travelbee, 1999, s. 142).

All samhandling med den syke gir sykepleieren en anledning til å bli kjent med ham som menneske og til å bestemme og ivareta hans behov. Dermed vil det bli lettere å etablere relasjon for å oppnå sykepleiens mål og hensikt. Det som avgjør om målene nås, er sykepleierens atferd i denne interaktive prosessen, og hvor hensiktsmessig handlingene sykepleieren tar, er for den syke. Sykepleieren må også være i stand til å forstå hva den syke kommuniserer, og kunne bruke denne informasjonen i planleggingen av sykepleieintervensjoner. Den profesjonelle sykepleieren må vite *om* det foregår kommunikasjon, og *hva* som kommuniseres i sykepleiesituasjonen. Sykepleieren må dessuten

vurdere og evaluere i hvilken grad sykepleiens mål og hensikt oppnås i samhandlingen(Travelbee, 1999, s. 135).

Når en snakker om god kommunikasjon bør den være både effektiv og målrettet. Viktig er det og at samhandlingen mellom sykepleier og pasient oppleves som positiv for pasienten, og at ikke kommunikasjonen bare brukes som et middel for og nå frem til et mål. I en terapeutisk relasjon er det visse grunnlegende trekk sykepleier må vise ovenfor pasienten for å oppnå god kommunikasjon; oppmerksomhet, lytting, empati og utforskning(Håkonsen, 1999, s. 94).

Gode kommunikasjonsferdigheter er hjelpemidler til å forstå pasienten som person, til å forstå relasjonen, til å gi bedre hjelp og støtte, til å ta gode beslutninger sammen, og til å stimulere den andres utvikling på en best mulig måte. Forskning viser også at bedre kommunikasjonsferdigheter bidrar til bedre helse for pasientene(Stewart mfl, 1995). Overfor pasienter og pårørende har sykepleieren ofte kort tid på seg til å etablere kontakt og skaffe seg et helhetlig bilde av situasjonen(Eide & Eide, 2007, s. 21).

For å kunne bygge en god relasjon er det viktig å ta i bruk bekreftende kommunikasjon. Bekreftende kommunikasjon er ferdigheter som formidler at man har sett og forstått det sentrale i det den andre formidler. Å bli sett og forstått er bekreftende i seg selv. At noen lytter til oss og lever seg inn i hva vi føler og tenker oppleves godt, styrker selvfølelsen og fyller et eksistensielt og psykologisk behov for tilknytning og nærhet til andre mennesker. Bekreftende kommunikasjon skaper trygghet og tillit, og kan være avgjørende for å bygge en god relasjon og et godt samarbeidsklima(Eide & Eide, 2007, s. 220). Videre for å skape en god relasjon er det viktig at den profesjonelle sykepleieren både har distanse til situasjonen og er i stand til å gjøre faglige vurderinger og faglige handlinger, samtidig som en gjennom sin menneskelighet og omsorg skaper nærhet og kontakt, som gjør relasjonen mulig(Håkonsen, 1999, s. 124).

3.4 Håp og håpløshet

3.4.1 Håp

Sykepleiens overordnede mål og hensikt er ifølge Travelbee(1999) å hjelpe personen til å mestre og finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom. Sykepleie er dessuten knyttet til det å forebygge sykdom og å fremme god helse. I tillegg til begreper som å mestre og finne mening er begrepet håp sentralt knyttet til sykepleiens mål og hensikt hos Travelbee(Kristoffersen et al.,2011, s. 217).

Den profesjonelle sykepleierens oppgave er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet. Omvendt er det også den profesjonelle sykepleierens oppgave å hjelpe den som opplever håpløshet, til å gjenvinne håp(Travelbee, 1999, s. 123).

Håp er ofte forbundet med et ønske om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at målet er oppnåelig. Den som har håp befinner seg i en posisjon hvor en aksepterer hjelp fra andre, dette fordi håp er knyttet til forventning om at andre vil komme en til hjelp, særlig når ens indre ressurser ikke strekker til. Den som har håp, ønsker at livssituasjonen skal endre seg. Han er egentlig utilfreds og finner liten trøst i livet slik det er her og nå. Den som har håp står overfor oppgaven med å ta sitt ”her og nå” i bruk på en slik måte at han oppnår det han håper på, for fremtiden. Den som har håp, tror på at visse valg står åpne for ham. Han føler at han har visse alternativer i situasjonen. Det å stå fritt til å velge mellom alternativer, er en kilde til opplevelse av frihet og autonomi hos mennesker. Selv når valgmulighetene ikke er særlig tiltalende, gjenstår fremdeles friheten til å velge og til å bestemme selv. Dette kan skape følelsen av å ha kontroll over sin egne skjebne(Travelbee, 1999, s. 117-119).

En person som håper, har mot. Personen har evnen til å innse sin egen utilstrekkelighet og frykt og like fullt stå på for å nå sine mål, selv når det kan være vanskelig å oppnå det en håper på. Den som er modig, er redd, men han makter å overskride sin frykt for å nå sitt mål(Travelbee, 1999, s. 120-121).

3.4.2 Håpløshet

Den som opplever håpløshet, er uten håp; han forsøker ikke å løse problemer eller mestre vanskeligheter i livet, fordi han egentlig ikke tror at det er mulig å få til forandringer. Det blir derfor vanskelig å forestille seg valgmuligheter eller alternativer, og om de er klar over at de har et valg, mangler de vanligvis den motivasjonen som skal til for å gjøre endringer på livet. Den som opplever slik håpløshet, tror ikke egentlig at andre vil hjelpe ham når han har det vondt. Hvis andre går inn for å hjelpe ham, tror han som regel ikke det vil nytte. Den som er uten håp, er orientert mot stunden her og nå, ikke mot framtiden. Mennesker uten håp opplever det som vanskelig å tenke på framtiden, da de er overveldet av sine problemer. Som regel føler en person uten håp seg fanget i en felle, snørt inn i et problem som det ikke fins noen vei ut av. Frustrasjonen ved å oppleve en slik hjelpeløshet kan føre til atferdsreaksjoner som pessimisme, apati, depresjon, aggresjon eller den fortvilte ”ikke bry seg”-holdningen, eller apatisk likegyldighet(Travelbee, 1999, s. 122).

For å erfare håpløshet må en ha opplevd å ha håp og deretter å ha mistet det. Håpløshet oppstår når den syke har lidt mentalt, fysisk eller åndelig altfor intenst gjennom altfor lang tid, uten hjelp eller avbrekk i lidelsen(Travelbee, 1999, s. 122-123).

Generelt vil den profesjonelle sykepleieren hjelpe syke mennesker med å opprettholde håp og unngå håpløshet ved å gjøre seg *tilgjengelig* og være *villig* til å hjelpe, for eksempel ved å være tilgjengelig og villig til å lytte når den syke snakker om sin angst og frykt. Det er ikke mulig å hjelpe den syke med mindre sykepleieren er tilgjengelig og villig til å snakke med den syke om det han er opptatt av, og av problemene slik den syke selv oppfatter dem.

Sykepleieren gir kvalifisert og medfølende omsorg og er observant for tegn på psykiske og fysiske plager(Travelbee, 1999, s. 123).

Siden håp er beslektet med tillit, forsøker sykepleieren å vise gjennom egen atferd at hun kan og vil hjelpe den syke når behovet oppstår. Tillit er noe sykepleieren må gjøre seg fortjent til. Sykepleieren kan ikke ”gi” håp til andre, men hun kan gå inn for å legge til rette for at den

syke skal kunne oppleve håp(Travelbee, 1999, s. 124).

3.4.3 Områder for å styrke håp

Viktige områder for å styrke håp kan både hentes ut fra definisjoner av håp, og fra studier som viser hvilke områder pasienter selv opplever vesentlige for at håp kan styrkes(Rustøen, 2001, s. 97).

Rustøen (2001) har lagt fram tre ulike studier med fokus på hva ulike pasienter mente var støttende for deres håp. Studiene som ble gjort av Raleigh (1992), Miller (1989) og Herth (1990) hadde flere like resultater. Støtte fra andre var et av funnene som var sentralt. Dette fokuserte på familie, venner, tilknytning og familieband. I tillegg var det viktig å føle tillit til pleiepersonalet, å bli møtt konstruktivt, bekreftelse av verdi og hjelp fra profesjonelle. Pleiepersonalet vil kunne utgjøre en viktig del av nettverket når man er alvorlig syk og trenger støtte av fagpersoner. Å bli akseptert som den man er, kan være en av fordelene ved å ha familie og nære rundt seg. Religion, åndelig tro og åndelige strategier er også felles kategorier hos alle tre studiene. Å ha en tro og styrke man kan oppleve gjennom et forhold til gud eller en høyere væren, understrekes. Raleighs kategori ”å være i aktivitet” har mange fellestrekk med Herths ”oppnåelige mål” og Millers ”måloppnåelse”. Selv om Raleigh sin kategori ikke er helt lik, legger pasientene i studien hans også vekt på mål i form av å fremme engasjement og involvering. Kategorien ”munterhet” hos Herth har noen fellestrekk med ”kognitive strategier”, ”determinisme” og ”syn på verden” hos Miller. Alle disse viser til måter å prøve å mestre vanskelige følelser på. For eksempel vil det å gjenkalle positive stunder i bevisstheten eller å bevisst anvende mentale bilder, tanker eller munterhet være av betydning for å holde truende forhold på avstand. Herths kategori ”personlige egenskaper” er mye overlappende med Raleighs kategori ”seg selv”. Miller legger ikke vekt på personlige egenskaper direkte, men de kommer indirekte fram via både ”følelse av kontroll” og ”kognitive strategier” da indre egenskaper trekkes fram(Rustøen, 2001, s. 98-99).

3.4.4 Sykepleierens rolle for å fremme håp

Alle kan oppleve å tape håpet i perioder i livet. Mange ulike typer sykdommer vil medføre lidelse blant annet ved at framtiden vil bli usikker. Håp kan være en viktig faktor for all pleie og omsorg, fordi håp knyttes til framtiden. For at sykepleieren kan hjelpe pasienter til å fatte nytt og styrke håp, kreves det at sykepleieren har kunnskap om hva håp er, og hvilke faktorer som virker styrkende og svekkende(Rustøen, 2001, s. 100).

Håp kan ikke bare gis bort til andre. I og med at det er en indre tilstand, må det letes fram i en selv. Ved siden av dette er det mange forhold som påvirker håp. Blant annet omgivelsene til pasientene er av stor betydning, da det sies at håpet er avhengig av holdningen og atmosfæren rundt en. Dersom en erfarer at forholdene er dominert av tro og håp, kan en oppleve at håpet styrkes(Fromm, 1980). Ved å la familie og venner være rundt pasienten kan man bli minnet på at man betyr noe for andre. Sykepleieren utgjør vanligvis en viktig del av pasientens miljø, og sykepleierens væremåte får på den måten stor betydning for den enkeltes opplevelse av håp. Det hevdes at sykepleiere med sin væremåte kan og bør utstråle ekte håp(Vaillot,1970). Virker sykepleieren uinteressert og lite empatisk, kan det oppfattes som at pasientens situasjon er håpløs og ikke verdt videre innsats. Er hun derimot engasjert og medfølende kan engasjementet smitte over på andre. Dette kan gi nye krefter og aktivisere håp. På denne måten kan sykepleierens atferd og tilstedeværelse spille en viktig rolle på både pasientens og pårørendes håp(Rustøen, 2001, s. 100-101).

Sykepleieren kan også framkalle og styrke håp ved å oppmuntre pasientene til å bruke egne resurser. I en kritisk situasjon i livet er det ofte vanskelig å se at det finnes ressurser og lyspunkt. Er det mulig å øke pasientens evne til å ta vare på seg selv, vil det oppleves som en utvikling i riktig retning. Man kan trene opp sine ferdigheter og på den måten oppleve å mestre å leve med de begrensningene sykdom medfører(Rustøen, 2001, s. 101).

4 Drøfting

”Hvordan kan vi som sykepleiere fremme håp hos pasienter med moderat depresjon?”.

I drøftingskapittelet tar vi for oss den kunnskapen vi har tilegnet oss gjennom teoridelen, forskningsartiklene vi har funnet og egne praksiserfaringer. Vi vil ha fokus på den moderat deprimerte pasienten, og hvordan vi kan yte god sykepleie med vekt på å fremme håp. For at vi skal kunne fremme håp hos pasienter med depresjon mener vi man må gjennom en prosess sammen med pasienten. Denne prosessen starter med det innledende møtet og hvordan vi kommuniserer med pasienten, for så å kunne skape tillit og relasjon, som igjen gir muligheten til å fremme håp.

4.1 Hvordan kan sykepleier møte pasienten i det innledende møte?

For at vi som sykepleiere skal kunne fremme håp er det viktig at vi vet hva det innledende møtet innebærer. Det innledende møte er av stor betydning for at sykepleier og pasient skal kunne skape en relasjon til hverandre. Travelbee(1999) har stort fokus på menneske-til-menneske forhold, som vi knytter opp til relasjoner mellom sykepleier og pasient. Menneske-til-menneske forholdet blir av den profesjonelle sykepleieren målbevisst etablert og opprettholdt. Det er derfor viktig å vite hva og hvordan dette gjøres. Travelbee(1999) forklarer det slik at menneske-til-menneske forhold går ut på en eller flere opplevelser og erfaringer som deles mellom sykepleieren og den som er syk. Det er vesentlig at individets, familiens og samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt ved disse opplevelsene og erfaringene.

Travelbee(1999) hevder at; *disse behovene blir ivaretatt av en sykepleier som besitter og anvender en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer, kombinert med evnen til å bruke seg selv terapeutisk.*

For å kunne bygge en relasjon er det essensielt at begge parter ser på hverandre som unike individer. Dette er og noe Travelbee(1999) legger vekt på. Hun mener at sykepleieren må ha evnen til å verdsette den andre som et unikt menneskelig individ, sammen med evnen til å etablere tilknytning til den andre. Når sykepleieren og pasient møter hverandre for første gang, hevder Travelbee(1999) at begge parter vil observere hverandre og bygge opp antakelser og

meninger der etter. De vil da stereotypisere hverandre, noe som gjør det vanskelig å se hverandre som unike individer. For å sprengte disse stereotypene må begge parter rette tanker og følelser mot den andre, og motta inntrykk om den andres personlighet. Det blir da lettere for både sykepleier og pasient og knytte seg til hverandre, og se på hverandre mindre som kategorier, og mer som individer. Vi har erfaringer fra tidligere praksis at ved første møte med en pasient, er det viktig å ha kunnskap om pasienten. Denne kunnskapen tilegnet vi oss gjennom pasientens journal og behandlingsplan, og kollegaer på praksisstedet. Vi anså det som svært viktig å sette oss godt inn i pasientens journal, slik at vi kunne møte pasienten på den måten vi "tror" han/hun ville ønsket det. Ved å se på Travelbee(1999) sin teori om det første møte, kjenner vi oss igjen i det hun hevder. Ved vårt første møte var pasienten kun en pasient, og vi følte at i pasientens øyne var vi kun sykepleierstudenter. Videre for at vi skulle kunne bygge en relasjon til pasienten, måtte vi se pasienten, snakke med pasienten og lytte til pasienten.

Som nevnt tidligere mener vi at for å kunne fremme håp hos pasienter er det viktig å skape en god relasjon. For å få til dette må vi kunne vise empati og sympati for pasienten. Dette er også noe Travelbee(1999) setter stort fokus på. Hun hevder at når en føler empati er man ikke fysisk nær den andre, men en knytter seg til den andre og opplever nærhet. Det gir en opplevelse av å forstå. Hver av partene vet de har kontakt med hverandre. Vi erfarte i praksis at ved å vise empati, ble det lettere å vise sympati og medfølelse for pasienten. Å føle på sympati og medfølelse vil si at en føler den andres plager og ulykke angår en. Dette resulterer i et ønske om å hjelpe vedkommende som har det vondt(Travelbee, 1999). Ved at vi viste sympati og medfølelse for pasienten, følte vi at forståelsen og relasjonen overfor pasienten ble forsterket. Feely & Long(2009) er enig med dette og viser til viktigheten av at sykepleier viser forståelse og har tilstrekkelig kunnskap om pasientens lidelse, sykdom og situasjon. De viser også til viktigheten for at både sykepleier og pasient kjenner seg selv godt nok, for å kunne få en god relasjon til den andre.

Det å ha tid til å bli kjent med pasienten er vesentlig for å kunne skape en relasjon til hverandre. Vår erfaring fra praksis på psykiatrisk institusjon er at dette er godt tilrettelagt. Vi hadde ansvar for 1-2 pasienter og følte at vi fikk god oversikt over disse, samt god tid til å

være med, prate og lytte til hver enkelt. I Feely & Long(2009) sin studie hevder de at psykiatriske sykepleiere har en unik posisjon til å følge med pasientene mens de lever med sin fortvilelse. Deres terapeutiske tilstedeværelse kombinert med menneskelige omsorgskvaliteter og ferdigheter, påvirker utfallet av denne smertefulle reisen på en positiv måte. Vi så det som veldig viktig hvordan vi forholdt oss til pasienten. Dette innebar hvordan vi kommuniserte og hva slags holdning vi viste. Travelbee(1999) hevder at kommunikasjon er en atferd da det alltid er fysisk og mental aktivitet involvert hos både avsenderen og mottakeren av budskapet. Kommunikasjon har en dyp innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner. Den kan brukes til å trekke andre mennesker nærmere, støte dem bort, gi hjelp eller til å såre. All samhandling sykepleieren har med den syke gir muligheten til å bli kjent med pasienten som menneske, og dermed til å anerkjenne og ivareta hans behov. Dette gir muligheten for å skape relasjon til pasienten, og at sykepleiens mål og hensikt blir oppnådd. Eide & Eide(2007) underbygger Travelbee(1999) sin teori. De hevder at ved å ha gode kommunikasjonsferdigheter kan en oppnå nærhet og kontakt, og dermed også få en god relasjon. Kommunikasjonsferdigheter er et hjelpemiddel til å forstå pasienten som person, til å kunne forstå relasjonen, til å gi bedre hjelp og støtte, til å ta gode beslutninger sammen og til å stimulere den andres utvikling på en best mulig måte.

4.2 Hvordan kan sykepleier skape relasjon og tillit til en pasient med moderat depresjon?

Depresjon er en følelse som er større enn følelsen av å være ulykkelig. Under en depresjon kan det lave stemningsleiet vare over lenger tid. Dette er noe som kan påvirke relasjoner til de rundt en(Helsebiblioteket, 2016). Helsedirektoratet(2016) hevder at kjernesymptomene ved depressiv lidelse er blant annet tap av opplevelse av mening i tilværelsen, manglende interesse for andre mennesker og vanlige gjøremål, og mangel på energi. Dette er også noe Feely & Long(2009) i sin studie bekrefter. De skriver at depresjon gjør at en kobler seg selv fra andre, fra seg selv og samfunnet generelt, og at dette kan føre til en betydelig livsutfordring. Vår erfaring fra praksis både underbygger og avbekrefter dette. I våre møter med pasienter med depresjon opplevde vi at pasienten ofte viste lite interesse for menneskene rundt seg. I noen

tilfeller var vi som helsepersonell interessante for pasienten grunnet at vi kunne tilføre dem stimuli, i form av samtaler. Fordreide virkelighetsoppfatninger kan være en årsak til at pasientene hadde en manglende interesse ovenfor andre mennesker(Hummelvoll, 2014). Opplevelsen i praksis var at noen av pasientene med depresjon kunne tro at andre pasienter/personal snakket dårlig om pasienten, og mislikte han/henne. Ifølge Kerr(1987/88) er det ofte at pasienter med depresjon mister troen på seg selv, andre mennesker, troen på livet og en høyere makt. Den deprimerte persons ånd er undertrykket, og hans sinn er fylt av fortvilte tanker(referert i Hummelvoll, 2014). Våre erfaringer i praksis samsvarer med dette. Vi erfarte at pasientene var lite interessert i å prøve å få tankene på noe annet enn depresjonen, ved f. eks å spille kort i fellesmiljøet. Dette argumenterte ofte pasientene med at de ikke klarte å tenke på noe annet og klarte heller ikke å følge med på kortspillet. Flere av pasientene ønsket heller å sitte sammen med en sykepleier, på tomannshånd, slik at pasienten fikk snakket om sin depresjon. Dette bekreftes videre av Feely & Long(2009). De skriver at skyldfølelse og vonde tanker om en selv påvirker hvordan en takler depresjonen. Samtidig skriver de at opplevelsen av depresjon består av kontrasten mellom å føle seg ensom, men samtidig ønsker ensomhet. Vår erfaring står i samsvar med dette. Vi opplevde pasienter som hadde et godt nettverk med venner og familie rundt seg, men som likevel ikke klarte og sette pris på dette, og ønsket heller å takle depresjonen alene, uten å trekke inn nære.

Grunnen til at vi nevner disse symptomene innenfor depresjon er at dette kan påvirke muligheten til å skape en god relasjon til pasienten. Ved første møte med pasienten har vi erfart fra praksis at det er viktig og aktivt lytte til pasienten. På denne måten viser en forståelse, empati og omsorg over pasientens situasjon. Dette kunne resultere i at pasienten fikk tillit til oss, som kunne gjøre det lettere å fremme håp hos vedkommende. Vi er derfor enige med Travelbee(1999) når hun skriver at håp er beslektet med tillit, og at tillit er noe sykepleieren må gjøre seg fortjent til å oppnå. Dette er noe sykepleier forsøker å vise gjennom sin egen atferd, ved at hun uttrykker et ønske om å hjelpe den syke når behovet oppstår. I senere møter med pasienten var det viktig å sette grenser for hva samtalene skulle handle om. Det var viktig å prate om situasjonen til pasienten, men også å kunne prate om andre dagligdagse ting. Dette kunne bli vanskelig om pasienten viste lite interesse for noe annet enn sin sykdom. Som nevnt tidligere hevder Travelbee(1999) at for å få en relasjon må personene

som er involvert se på hverandre som individer, og ikke som ”pasient” og ”sykepleier”. Vår erfaring rundt dette er at vi måtte fokusere på å vise pasienten at vi så på pasienten som et individ, slik at det ble lettere for pasienten å se på oss som individer. Dette ble vanskelig med tanke på at pasienten kun ønsket å prate om sin depresjon i starten. For å kunne vise pasienten at vi så på han/henne som et individ startet vi med og aktivt lytte for å vise interesse, men deretter stille åpne spørsmål om dagligdagse ting og interesser. Ved slike spørsmål kunne pasienten vinkle svaret mot sin depresjon, men likevel ved å vise interesse for både sykdom og andre ting i pasientens liv, så kunne vi få frem ovenfor pasienten at vi så pasienten som et individ. Dette underbygger Travelbee(1999). Hun skriver at når sykepleieren opplever pasienten som et unikt individ, responderer pasienten deretter. Forholdet deres går da inn i en ny fase, hvor begges identitet trer frem. Dette er viktig for å skape god relasjon.

Feely & Long(2009) skriver at engasjement i både gruppe- og individuelle samhandlinger kan gjøre at selvfølelsen hos en person med depresjon både styrkes og opprettholdes. Vi har tidligere nevnt ulike behandlingsmetoder for depresjon. Vi mener at flere av disse er relevante for behandlingen, men da vårt fokus er å fremme håp, mener vi at miljøterapi er foretrukket. Både Skårderud(et al. 2010) og Haugsgjerd(et al. 2009) beskriver miljøterapi som et gjennomtenkt arbeid hvor både personalet og pasientene deltar med det formålet om å bidra til pasientenes bedring. Vår erfaring er at når både personalet og pasientene deltok på ulike aktiviteter sammen, som og f. eks spise mat sammen, kunne dette bidra til å skape bedre relasjoner, som på sikt kunne gjøre det lettere å fremme håp. I tillegg opplevde vi at når pasientene deltok på aktiviteter i større grupper, kom de i kontakt og fikk delt erfaringer med hverandre. Pasientene så på dette som positivt fordi de fikk prate med noen som var i tilnærmet lik situasjon som dem selv. Vi så på det som mindre positivt, da dette kunne forårsake at pasientene overførte sine problemer på hverandre. Van Grieken(et al. 2013) på sin side fant ut i studien at pasienter opplevde det å dele erfaringer med medpasienter som nyttig. Når en tar i bruk miljøterapi får man en struktur på hverdagen. Studien til van Grieken(et al. 2013) viser til at pasientene opplevde kvaliteten på deres relasjon med sykepleier som en av de viktigste aspektene for å mestre sin depresjon, og at de gjennom en fast struktur på sin hverdag, som f. eks dag- og nattrytme, og fokus på seg selv, var svært relevant i deres forbedring gjennom lidelsen.

4.3 Hvordan kan sykepleier fremme håp hos en pasient med moderat depresjon?

Den profesjonelle sykepleierens oppgave er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet. Omvendt er det også den profesjonelle sykepleierens oppgave å hjelpe den som opplever håpløshet, til å gjenvinne håp(Travelbee, 1999).

For at vi som sykepleiere skal kunne fremme håp hos en pasient, er det viktig å vite hva håp innebærer. Travelbee(1999) hevder at håp går ut på et ønske om og nå frem til eller å kunne oppfylle et mål, dette kombinert med en forventning om at det som ønskes er oppnåelig. Når ens indre ressurser ikke strekker til, er håp knyttet til forventningen om at andre vil hjelpe en. Den som har håp, befinner seg derfor i en avhengig posisjon der hjelp fra andre blir akseptert. Den som har håp, ønsker at livssituasjonen skal endre seg. Rustøen(2001) underbygger denne teorien. Hun mener at håp er knyttet til fremtiden og for at sykepleiere skal kunne hjelpe pasienter til å få nytt og styrke håp, kreves det at sykepleieren har kunnskap om hva håp er, og hvilke faktorer som virker styrkende og svekkende. Dette er noe vi kjenner oss igjen i fra tidligere praksis. Flere av pasientene som var innlagt psykiatrisk institusjon hadde et håp om å få hjelp, et håp om å bli bedre og et håp om å få komme hjem til sine nære og kjære. For mange av pasientene med depresjon var det vanskelig å se selv hva som måtte gjøres og hva de så frem mot, og hva de hadde håp om. De søkte hjelp hos sykepleierne for å finne svar på hva de kunne gjøre for å fylle dagen og for å bedre sin situasjon.

Et symptom som kjennetegner depresjon, er håpløshet. Koehn & Cutcliffe(2007) skriver at for å overvinne depresjonen er håp en kritisk faktor, og at håp derfor har en fremtredende betydning for deprimerte. Travelbee(1999) hevder på sin side at den som opplever håpløshet tror egentlig ikke det er mulig å få til forandringer, derfor blir det ikke forsøkt å løse problemer eller mestre problemer som dukker opp. Slike mennesker synes det er vanskelig å forestille seg tilgjengelige valgmuligheter eller alternativer, og om de er klar over at de har et valg, mangler de vanligvis motivasjonen som skal til for å sette dem i stand til aktivt å gå inn for å endre livet. Den som opplever slik håpløshet, tror ikke egentlig at andre vil hjelpe han når han har det vondt. Hvis andre går inn for å hjelpe han, tror han som regel ikke det vil

nytte. Som nevnt tidligere erfarte vi fra praksis at noen av pasientene med depresjon kunne søke hjelp fra sykepleierne, men selv om de søkte hjelp var det ikke dermed sagt de hadde et håp om at det ville hjelpe. Avdelingen vi var i praksis ved var en frivillig avdeling. Vi mener derfor at pasientene med depresjon hadde et lite håp om å bli bedre, men trengte hjelp for å oppnå dette. Samtidig både underbygger og avbekrefter vår erfaring Travelbee(1999) sin mening om håpløshet. Vi erfarte fra praksis at pasienter med moderat depresjon hadde vanskeligheter med å løse problemer og de så det som håpløst å få til forandringer i livet. Pasientene kunne se det som utfordrende å skulle ta et valg, dette kunne f. eks være å velge hvilken genser de skulle ha på seg, eller velge hvilken retning vi skulle gå når vi gikk tur. Pasientene hadde et lite håp om at vi som sykepleiere kunne hjelpe de, samtidig som de ikke hadde helt troen på at noe ville hjelpe. Videre er vi noe uenig i Travelbee(1999) sin tankegang, da hun hevder at den som er uten håp er orientert mot stunden her og nå, og ikke mot framtiden. Vi erfarte i praksis at dette kunne variere. Noen av pasientene med depresjon så kun det vonde i framtiden, og synes det var vanskelig og skulle konsentrere seg om her og nå, da framtiden så dyster ut i pasientens øyne.

Det er mange forhold som påvirker håp. Omgivelsene til pasientene er av stor betydning, og det hevdes at håpet er avhengig av holdningen og atmosfæren rundt en, ifølge Fromm(1980). Ved å la familie og venner omgås rundt pasienten kan man bli minnet på at man betyr noe for andre. Sykepleieren utgjør vanligvis en viktig del av pasientens miljø, og sykepleierens væremåte får på den måten stor betydning for den enkeltes opplevelse av håp, mener Vaillot(1970). Rustøen(2001) er enig og påpeker at om sykepleieren virker uinteressert og lite empatisk, kan det oppfattes som at pasientens situasjon er håpløs og ikke verdt videre innsats. Er hun derimot engasjert og medfølelse kan engasjementet smitte over på andre. Dette kan gi nye krefter og aktivisere håp. Eide og Eide(2007) underbygger Rustøen(2001) når det gjelder engasjementet sykepleier viser ovenfor pasient. Ved at en viser engasjement, og at den motsatte part føler den blir lyttet til og forstått, blir selvfølelsen styrket, trygghet og tillit blir skapt, noe som er avgjørende for å bygge en god relasjon. Håkonsen(1999) på sin side poengterer at for å skape god relasjon er det viktig at den profesjonelle sykepleieren både har distanse til situasjonen og er i stand til å gjøre faglige vurderinger og faglige handlinger. Samtidig som en gjennom sin menneskelighet og omsorg skaper nærhet og kontakt, som gjør

relasjonen mulig. Våre erfaringer fra praksis underbygger dette. Vi erfarte at desto flere samtaler og møter vi hadde med pasientene, jo mer flyt ble det i samtalen. Vi var engasjerte i hvordan pasientene hadde det, og lyttet aktivt til det pasienten hadde å si, om det skulle være om sykdommen deres eller hverdagslige ting. Dette førte til at pasienten åpnet seg mer, og vi følte at pasienten hadde en viss tillit til oss som sykepleiere. Feely & Long bekrefter vår erfaring da de skriver at sykepleieren kan være til god hjelp for pasienter med depresjon ved å gi de sjel- og selvsentrerte omsorgsaktiviteter. Også Eide & Eide(2007) forklarer hvordan kommunikasjon kan skape en god relasjon og muligheten for sykepleier til å gi pasienten god hjelp og støtte. De skriver at kjernen i kommunikasjon er å anerkjenne den andre, være aktivt lyttende, åpen, men samtidig direkte. Vi merket også hvilken betydning det hadde for pasienten at vi støttet deres avgjørelser, men også motiverte og utfordret dem til å gjøre noe de egentlig ikke kunne tenke seg. Vi motiverte for eksempel til å gå en tur, eller spille spill i avdelingen, i stedet for å sitte på rommet og gruble og tenke. Da pasienten først gjorde det vi anbefalte dem, fortalte vi hvordan det så ut i våre øyne at pasienten klarte seg, og forhørte oss om hvordan pasienten følte det hadde gått. Dette følte vi utgjorde en gjensidig respekt og tillit, som videre gjorde det lettere å motivere pasienten til å sette mål for dagen, og fullføre disse. Pasientene så ofte negativt på det meste, så det var viktig at vi fortalte hva vi så som positivt. For eksempel at pasienten så ut til å ha det greit under kortspillet, og hvor bra det var at pasienten klarte å følge med, og tilsynelatende tenke mindre på sin depresjon.

Som nevnt tidligere er det nødvendig å vite hva håp er, og hvilke områder pasienten selv opplever vesentlig for at håp kan styrkes. Dette er noe også Rustøen(2001) mener. I de tre ulike studiene vi har nevnt i punkt 3.4.3 viser det seg at hos flere er det viktig med familie, venner, tilknytning, tillit til personalet, hjelp fra profesjonelle, være i aktivitet og bekreftelse av verdi, for å styrke håp. Koehn & Cutcliffe(2007) underbygger dette. De hevder at håp komme fra tilstedeværelsen fra en annen person som tilbyr støtte, og at nyttige samhandlinger med helsepersonell kan fremme håp. Dette er noe vi også har erfart i praksis. Vi erfarte at pasienter var avhengig av god veiledning fra personalet, støtte fra familie og venner, å bli sett på som et individ og bli vist forståelse ovenfor sin sykdom. I studien til Van Grieken(et al. 2013) ble også dette bekreftet. De skriver at pasientene i deres studie vektla verdien av at familie, venner og kollegaer forstod hva det betyr for en å lide av depresjon, slik at de følte

støtte fra dem.

I de tre studiene Rustøen(2001) skriver om får de også frem at det å være i aktivitet, ha måloppnåelse og ulike mestringsstrategier er viktige områder for å styrke håp. Hun skriver at ved å oppmuntre pasienter til å bruke egne ressurser kan sykepleieren være med på å styrke håpet. Van Grieken(2013) bekrefter at å ta i bruk egne ressurser, selvhjelp, viser seg å være en lovende tilnærming i tilfeller hos pasienter med depresjon. Dette opplevde også vi i praksis ved at når vi motiverte pasientene til å være med på aktiviteter, følte de på en mestring i etterkant. Flere pasienter følte seg bedre ved å være i aktivitet da de i noen tilfeller klarte å fokusere på aktiviteten, og ikke på depresjonen. I studien til van Grieken(et al. 2013) kommer også dette frem. Pasientene i studien uttrykte at for at de vellykket skulle komme seg gjennom sin depresjon, var det viktig at de satte seg mål og en planstrategi for å kunne oppnå disse. Eksempler på dette var aktivitetsplaner og oppgavelister. Videre viste det seg for pasientene at ved å delta på aktiviteter de opplevde som morsomme, blant annet sportslige eller hobbyer de hadde fra tidligere, ble ansett som svært viktige for dem. De følte da at de mestret noe, og fikk tilbake ansvar som de tidligere opplevde at hadde blitt fratatt fra dem, av f. eks familiemedlemmer eller venner.

Noen av deltakerne i studien til Feely & Long(2009) hadde opplevd tap av drømmer og håp under deres møte med depresjon. For å gjenvinne disse satte de seg personlige mål. Også i studien til Vilhauer(et al. 2013) viser det seg at ved å oppnå verdifulle mål får man et høyere nivå av velvære, optimisme, positive tanker om fremtiden, økt livstilfredshet, lavere nivå av depresjon og høyere motstandsdyktighet. Vi opplevde at ved å sette oppnåelige mål som pasienten klarte å fullføre, ga det pasientene mestringsfølelse som etter tid ga håp om at de skulle klare å mestre sin depresjon. Travelbee(1999) underbygger våre tanker rundt dette. Hun hevder at sykepleieren kan ikke ”gi” håp til andre, men hun kan gå inn for å legge til rette for at den syke skal kunne oppleve håp.

5.0 Konklusjon

Vi har i denne bacheloroppgaven arbeidet med temaet moderat depresjon, håp, håpløshet, samt kommunikasjon og relasjon. Vi har vært igjennom og drøftet flere ulike temaer for å kunne besvare vår problemstilling. Gjennom denne oppgaven har vi hatt fokus på en pasientgruppe, men vi har erfart at kunnskapene vi har tilegnet oss også er relevant for andre pasientgrupper. Depresjon er et økende folkehelseproblem, og sykepleiere vil i fremtiden kunne møte på pasienter med depresjon uansett hvor han/hun jobber. Vi anser det derfor som svært viktig at sykepleiere har kunnskaper og forståelse om hvordan det er å leve med depresjon.

Denne oppgaven har gitt oss økt kunnskap om hvordan sykepleieren kan møte pasienter, og viktigheten av å møte hverandre som unike individer. Gjennom denne perioden hvor vi har arbeidet med oppgaven har vi sett at det er viktig at sykepleieren vet hvordan en kan fremme håp hos pasienter med depresjon, og vi har lært at håp er vesentlig for at pasienten skal kunne komme seg gjennom depresjonen. For å fremme håp hos pasienter med moderat depresjon har vi kommet frem til at det er viktig at sykepleieren ser mennesket bak sykdommen, samt bruker kommunikasjon og relasjonsbyggende tiltak. Dette vil kunne bidra til å skape god relasjon mellom pasient og sykepleier, basert på respekt og tillit.

Slik vi ser det er det ingen direkte fasit på vår problemstilling, men heller en lenger prosess bestående av flere ledd som kan fremme håpet hos pasienter med depresjon. Vi ser på relasjon og tillit som en viktig del i utøvelsen av sykepleie, og vi har derfor valgt å benytte kommunikasjon og relasjonsbygging som fremgangsmåte for å kunne fremme håp hos pasienter med moderat depresjon. Vi mener at for å kunne fremme håp hos pasienter med depresjon er det avgjørende å ha en god relasjon og tillit mellom pasient og sykepleier. Først når dette er oppnådd gir det muligheten til å hjelpe pasienten med å oppnå mål, som igjen skaper følelsen av mestring, som kan gi håp om å bli bedre for å kunne mestre depresjonen.

Fra å være psykisk frisk og ha håp, til å bli deprimert og føle håpløshet, kan være en stor belastning. Det og ikke takle hverdagen og dens vanlige gjøremål og det å beslutte

dagligdagse valg, kan være utfordrende å takle alene. Vi mener derfor det er viktig at sykepleieren bidrar til å fremme håp hos disse pasientene. Dette kan innebære at sykepleieren selv motiverer pasienten, men også trekker inn venner og familie som kan være av stor betydning for pasientens håp. Gjennom kommunikasjon og relasjonsbygging kan sykepleieren motivere og veilede pasienter til å sette dagligdagse og oppnåelige mål for å føle mestring i hverdagen, og på denne måten skape håp om å mestre depresjonen.

6.0 Litteratur

*Vilhauer, J.S., Cortes, J., Moali, N., Shung, S., Mirocha, J., & Ishak, W.W. (2013).

Improving quality of life for patients with major depressive disorder by increasing hope and positive expectations with future directed therapy. *Innovations in clinical neuroscience*, 10(3), 12 – 22. = 8 sider.

*van Grieken, R. A., Kirkenier, A. C., Koeter, M. W., Nabitz, U. W. & Schene, A.H.(2013).

Patient's perspective on self-management in the recovery from depression. *Health expectations*, 18(5), 1339 – 1348. = 9 sider.

*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelig forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. = 148 sider.

* Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet - en utfordring for sykepleieren?*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. = 13 sider.v

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *P sykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt – Ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J., Nortverdt, F. & Skaug, E-A. (2011). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar*. Bind 1. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Helsedirektoratet. (2016). *Depresjon*. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/depresjon> = 4 sider.

* Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialhelsetjenesten*. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf> = 11 sider.

* Koehn, C.V. & Cutcliffe, J. R. (2007). Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing: a systematic review of the literature – part one. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 134-140. = 6 sider.

*Feely, M. & Long, A. (2009). Depression: a psychiatric nursing theory of connectivity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(8), 725-737. = 12 sider.

*Helsebiblioteket.(2016). *Depresjon hos voksne*. Lokalisert på <http://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/psykisk-helse/depresjon-hos-voksne> = 4 sider.

*Kunnskapssenteret. (2017). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler> = 4 sider.

*Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> = 4 sider.

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Eknes, J. (2006). *Depresjon og mani – forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget. = 82 sider.

*Håkonsen, K. M. (1999). *Mestring og relasjon: psykologi med eksempler fra sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS. = 65 sider.

*Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2012). *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. (3.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. = 124 sider.

Vedlegg 1

Tabell 1

Søk i Cinahl 29.03.17			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (Limit)	Resultat/Antall
S1	Hope	2007-2017	15179
S2	Nursing + S1	2007-2017	2509
S3	Depression + S1 + S2	2007-2017	106

Artikkel 1: Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing: a systematic review of the literature – part one.

Forfatter: Koehn, C.V., & Cutcliffe, J.R. (2007).

Artikkelen ble valgt som nummer 8 i S3.

Tabell 2

Søk i Cinahl 29.03.17			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (Limit)	Resultat/Antall
S1	Depression	2007-2017	102475
S2	Relation + S1	2009-2017	8218
S3	Nursing + S1 + S2	2009-2017	682

Artikkel 2: Depression: a psychiatric nursing theory of connectivity.

Forfatter: Feely, M., & Long, A. (2009).

Artikkelen ble valgt som nr 32 i S3.

Tabell 3

Søk i PubMed 05.04.17			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (Limit)	Resultat/Antall
S1	Quality of life		298941
S2	Hopelessness + S1	2007-2017	265
S3	Depressive	2007-2017	68

Artikkel 3: Improvin quality of life for patients with major depressive disorder by increasing hope and positive expectations with future directed therapy

Forfattere: Vilhauer, J.S(et.al, 2013).

Artikkelen ble valgt som nummer 27 i S3.

Tabell 4

Søk i Cinahl 18.05.17			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (Limit)	Resultat/Antall
S1	Recovery		91451
S2	Depression + S1		4428
S3	Patients perspective + S2 + S3		94

Artikkel 4: Patient´s perspective on self-management in the recovery from depression.

Forfattere: Van Grieken(et. Al, 2013).

Artikkelen ble valgt som nummer 1 i S3.

Vedlegg 2

PICO-skjema

P Hvem vil vi vite om? Pasienter/grupper/mennesker	Patients with depression*, Depressive*,
I Hvilket tiltak, intervensjon, behandling ønsker vi å vite om?	Nursing, hope, quality of life, relation, communication, hopelessness.
C Skal det tiltaket vi satte opp under «I» sammenlignes med et annet tiltak?	
O Hvilket utfall, effekt, erfaring, opplevelse, endepunkt er vi interessert i?	Hope, motivation, patients perspective, recovery