



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Opplysningene finner du på [StudentWeb](#) under [Innsyn](#) – [Vurderingsmelding](#)

Emnekode: SYKSB 3001

Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling
(Bacheloroppgave)

Vurderingsform: Prosjektoppgave

Kandidatnr: 58

Leveringsfrist: 23.02.2012

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær eksamen.

Fagansvarlig (Veileder dersom veiledet oppgave): Frode
Skorpen

”Når solen oppleves som svart, blir alt svart”

- Julia Kristeva



<http://www.reliefbanon.com/tag/bipolar>

Veileder: Frode Skorpen

Antall ord: 8317.

Sammendrag

Tittel: "Når solen oppleves som svart, blir alt svart"

Bakgrunn og hensikt: "Hvordan kan sykepleier yte omsorg til pasienter med depressiv lidelse, i en psykiatrisk institusjon?" Problemstillingen gir mulighet til å finne ut hvordan sykepleier kan gi omsorg til pasienter med en depressiv lidelse, hvilken type omsorg disse pasientene ønsker og hvordan sykepleier kan møte mennesket med depressiv lidelse.

Metode: Det er brukt en systematisk litteraturstudie, der fire relevante forskningsartikler ble funnet. To artikler på norsk og to på engelsk ble funnet i tre ulike databaser.

Resultat: Resultater viser at den omsorgsfulle sykepleier bør lytte til, prate med og være tilstede for pasienten. Det mellommenneskelige møte er også en vesentlig omsorgshandling (Skorpen & Kristoffersen, 2006). Veiledning, støtte og samvær kommer frem i Sæterstrand og Møllersen (2010) sin studie som god omsorg. Oppfølging og hjelp til selvhjelp er videre gode omsorgshandlinger (Feely & Long, 2009, Badger & Nolan, 2002).

Konklusjon: Relevant litteratur viser at sykepleiere kan yte omsorg til pasienter med depressiv lidelse, ved å lytte, være tilstedet og være oppmerksom på hele personen. Videre kan det mellommenneskelige møtet fremme god omsorg og tillit kan oppstå. Tiltak som aktivitet og gruppesamvær kan styrke selvaktelsen hos pasienten. Fagkunnskap er også omsorg.

Nøkkelord: *Depressiv lidelse, omsorg, tillit, medmenneskelighet, sykepleie, psykiatrisk institusjon*

Summary

Title: “When the sun seems to be black, everything is black”

Background and purpose: “How can nurses provide care to patients with depressive disorder in a psychiatric institution?” This way of stating a problem makes it possible to determine how nurses can provide care to patients with a depressive disorder, what kind of care these patients want and how nurses can meet people with depressive disorder.

Method: It is used a systematic study, in which four relevant research papers were found. Two articles in Norwegian and two in English were found in three different databases.

Result: Results show that the caring nurse should listen to, talk to and be there for the patient. The meeting between a nurse and a patient can become a good care action (Skorpen & Kristoffersen, 2006). Guidance, support and visitation are as Sæterstrand and Møllersen (2010) say, a form for good nursing care. Follow-up and self-help are a adequately way of care actions (Feely & Long, 2009, Badger & Nolan, 2002).

Conclusion: The relevant literature indicates that nurses can provide care to patients with a depressive disorder, by listening, be there for and to be aware of the whole person. Furthermore, the meeting between the nurse and the patient can promote good care and trust can arise. Activity and group interaction can enhance the self esteem in the patient. Subject knowledge is also caring.

Keywords: *Depressive disorder, care, confidence, compassion, nursing, psychiatric institution*

”Om vi inte som människor är beredda att påverkas och förändras i relationer, kan vi inte hjälpa andra människor att förändra sig själva och sina liv på ett ”helt” sett” (Frej, 1988).

”Du kunne se om hun følte seg trygg, ”i dag er det en fin en” kunne hun si. ”I dag, vi har ikke helt kontakten”... Noen så behovene, andre så de ikke” (Sitater fra pårørende, I: Alsvåg, 2010).

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	7
1.1 Valg av tema og problemstilling	7
1.2 Presentasjon av tema og problemstilling.....	8
1.3 Avgrensning og presisering av valgt problemstilling.....	8
1.4 Oppgavens hensikt	8
2.0 Teori	9
2.1 Sykepleieteori, synet på omsorg og etikk.....	9
2.2 Sentrale begrep	11
2.2.1 Omsorg	11
2.2.2 Samspill	12
2.2.3 Psykisk helse	12
2.3. Depresjon	12
2.3.1 Generelt	12
2.3.2 Symptomer	13
2.3.3 Sykepleie	15
3.0 Metode.....	18
3.1 Definisjon av metode.....	18
3.1.1 Litteraturstudie	18
3.2 Litteratur	18
3.2.1 Fremgangsmåte for å finne forskningsartikler.....	19
3.2 Metodekritikk og forskningsetikk	20
4.0 Resultat/funn	21
4.1 Hovedfunn.....	21
4.2 Sammendrag av artiklene	21
5.0 Drøftning	24
5.1 Omsorg i en psykiatrisk avdeling	25
5.2 Omsorg gjennom handlinger og holdninger.....	27

5.3 Konsekvenser for praksis	30
6.0 Konklusjon	30
7.0 Litteraturliste	31
8.0 Vedlegg	33

1.0 Innledning

1.1 Valg av tema og problemstilling

I Bacheloroppgaven har jeg valgt å skrive om et tema, som gir meg inspirasjon og interesse, innenfor området psykiatri. I psykiatrisk praksis fikk jeg øynene opp for personer med psykiske lidelser, og hvilken god jobb sykepleierne gjør for å bistå i deres sykdomsforløp. Psykiatri er et spennende område, hvor det er av betydning å "se" pasienten der de er, være nær dem og hjelpe dem til å mestre livet videre (Hummelvoll, 2004). I praksis fikk jeg møte flere pasienter som led av depresjoner. Alle var de ulike, og trengte forskjellig behandling. Likevel var de like. De trengte å bli sett. Med denne bakgrunnen har jeg valgt å legge vekt på depressiv lidelse og omsorg.

Bak en depresjon ligger det mange årsaker. Faktorer som arv, biologi, psykologi, kultur og samfunn spiller inn. Når depresjon brukes som diagnose, består begrepet av hele mennesket sin psykiske tilstand. Depresjon kan utvikle seg fort, men som regel kommer symptomene litt etter litt over flere måneder (Eknes, 2006). En depresjon kan vare over lengre tid, og er noen ganger krevende å behandle. De fleste kommer seg ut av depresjonen, men noen få blir ikke frisk (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010). I en undersøkelse fra 2001, viste forskningen at 7,3 % av befolkningen i Oslo har en markert depressiv forstyrrelse i løpet av en periode på 1 år (Eknes, 2006). Depresjon er hyppig forekommende, og er blant de største helseproblemene i vår tid. Det sees i form av sykefravær, frafall fra arbeidslivet, forbruk av legemidler med mer (Skårderud et al., 2010).

Grunnen for valg av problemstillingen, som presenteres nedenfor, er at personer med depressiv lidelse vekker interesse for meg personlig, da det er en utfordrende pasientgruppe å forholde seg til. Det er verdt å lære mer om, fordi jeg så i praksis at store deler av pasientene som var der, led av depresjoner, eller hadde vært depressiv en eller flere ganger i sitt liv. Omsorg til pasientgruppen ser jeg på som kunnskap vesentlig å tilegne seg, da jeg finner omsorg som relevant sykepleie. Videre er psykiatri, som område, noe jeg kunne tenke meg å jobbe innenfor, når jeg er ferdig utdannet sykepleier.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen for oppgaven blir som følger: ”*Hvordan kan sykepleier yte omsorg til pasienter med depressiv lidelse, i en psykiatrisk institusjon?*”

1.3 Avgrensning og presisering av valgt problemstilling

For å avgrense oppgaven velger jeg å fokusere på moderat og alvorlig depresjon hos voksne personer. Dette fordi jeg håper på å finne relevant informasjon om hvordan sykepleiere yter omsorg til disse pasientene, da jeg så i praksis at det ofte var vanskelig å komme tett innpå denne pasientgruppen. Ordet omsorg er bredt og kan defineres på mange ulike måter. I oppgaven velger jeg å definere ordet etter hva Kari Martinsen legger i begrepet. Derfor velger jeg å legge vekt på tillit, nestekjærlighet og medmenneskelighet. Videre vil jeg legge vekt på de pasientene som er innlagt i en psykiatrisk avdeling, som trenger behandling for sin depresjon. I teksten vil i hovedsak det bli benyttet ”pasient” som begrep, men i noen tilfeller bli benyttet begrepet ”bruker”, da forfatteren av teksten bruker det ordet.

1.4 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvordan sykepleier kan gi omsorg til pasienter med en depressiv lidelse. Videre ønsker jeg å finne ut hvilken type omsorg disse pasientene ønsker, og om omsorgen kan få pasientene til å mestre hverdagen. Hensikten er også å skrive en litteraturoppgave.

Målene med bacheloroppgaven er at jeg skal kunne formulere en problemstilling innen et emne som er sentralt og spesifikt for sykepleiepraksis, at jeg skal kunne utføre systematisk litteratursøk og kvalitetsvurdere og anvende relevant sykepleieforskning. Videre skal jeg kunne ha forståelse for forskningsetiske retningslinjer og foreta egne etiske overveielser ved bruk av forskning innenfor sykepleie. Jeg skal vise evne til selvstendig, analytisk, kritisk og etisk reflekterende tenkning omkring en sykepleiefaglig problemstilling ut fra teori, forskning og egne erfaringer fra praksis i sykepleie. Deretter viser jeg hvordan sykepleieteori kan bidra til å belyse og forstå, og anvendes i ulike pasientsituasjoner. Til slutt skal jeg kritisk vurdere mulige konsekvenser for forbedring og endringer i sykepleiepraksis ut fra forskningsresultat.

2.0 Teori

2.1 Sykepleieteori, synet på omsorg og etikk

I oppgaven velger jeg å ta i bruk Kari Martinsen, som har magistergrad i filosofi og er professor. Gjennom mange år som forfatter er hun sykepleieteoretiker og omsorgsfilosof (Kristoffersen, 2005). Ettersom hun fokuserer på omsorg, og det er temaet i min oppgave, velger jeg henne. Kari Martinsen er blant annet inspirert av den danske filosofen Knud Løgstrup, og det kommer frem i noe av hennes litteratur (Martinsen, 2003a, b).

Ordet omsorg er bredt, og har en omfattende betydning, som Kari Martinsen (2003a, b) beskriver i sine bøker. Blant annet skriver hun om tillit, nestekjærlighet og medmenneskelighet, som noe vesentlig i møte mellom sykepleier og pasient. Jeg velger derfor å holde mitt fokus på de overnevnte begrepene, når jeg skal besvare problemstillingen min.

Omsorg er relasjonell, praktisk, konkret og moralsk (Martinsen, 1989). Omsorgsbegrepet til Martinsen er universelt og kommer i bruk i alle situasjoner hvor en hjelper et annet menneske (Sæterstrand & Møllersen, 2010).

Om sykepleie sier Kari Martinsen (2003a, s. 38) det slik:

”Sykepleie er omsorg i nestekjærlighet for det lidende og syke menneske der fagkunnskap og menneskelig nærværenhet er vevet i hverandre, uttrykt i aktelsens språk”.

Martinsen (2003a) viser til Løgstrup, som forklarer at sansing og forståelse er en del av vårt liv. I sansingen er vi berørt, og vi setter ord på det som berører oss. Vi sanser alle det samme, men forståelsen av sansingen er forskjellig. Det er vesentlig å være åpen og mottakelig for medmennesker. Videre vil det si å la seg berøre av den andre og være delaktig.

Sykepleiere forholder seg til en pasient av gangen, og personen er individuell fra andre pasienter. Samtidig kan sykepleier ta i bruk erfaring, for å gi den beste sykepleie til pasienten. Sykepleien tar vare på og gir livsmuligheter hos pasienten. Sykepleie er arbeid i samarbeid med pasienten (Martinsen, 2003a). I følge Martinsen (2003a) er det kunst og det gjøres gjennom holdninger. Utfordringen blir å ikke kun se subjektet og behovet, men hele mennesket.

Tillit, sammen med håp, barmhjertighet og talens åpenhet, er suverene livsytringer, som Løgstrup kaller det. Da mener han at alle mennesker kan erfare og utføre det. Livsytringene er større enn vår makt, og står i livets tjeneste. De ligger i underbevisstheden og er en del av etikken. De kan ikke ødelegges, men krenkes og utnyttet. Livsytringene må derfor ikke utnyttet i møte med den andres utleverthet (Martinsen, 2003a). Det kan sies slik:

”Tilliten åpner et rom mellom oss, og rommet består så lenge vi ikke bryter det ned ved mistillit eller ved å utnytte den andres utleverthet” (Martinsen, 2003a, s. 83).

Omsorg utføres når det tas ansvar for den andre. Likevel er det vesentlig å ikke ta ansvaret fra ham. Det kan være en utfordring dersom pasienten er helt hjelpesløs. Svaret blir å hjelpe pasienten, ut i fra vårt skjønn, til å leve livet verdig helt til slutten (Martinsen, 2003a).

I god sykepleie er det vesentlig å være spontan når det kommer til medmenneskelighet. For å være medmenneskelig, må vi vurdere situasjonen ut i fra skjønn. Skjønn er i sykepleien et tydningsarbeid der fagkunnskap og sansing jobber i lag. Sykepleieren må møte pasienten i en ubekymret uvitenhet, men likeså med den kunnskapen som er blitt lært og erfart gjennom faget. For sykepleiere har lært å handle med en positiv tone i relasjoner, der teorier og prosedyrer er integrert (Martinsen, 2003b).

Gjennom omsorg er sykepleiere sansende og samtalende på en gang. Gjennom talen blir språket til. Før vi vet hva ordene betyr, har talen en mening. Denne meningen ligger i tonen. Tonens styrke, rytme, høyde og klang i talen gir meningen før betydningen av ordene (Martinsen, 2003a).

Martinsen, (2003b), skriver at det å tyde den andre er å uttrykke det inntrykk vi får av pasienten, og hvordan vi blir beveget av han eller henne. Det blir uttrykt gjennom sanser og språk. I en slik tydning står det faglige skjønn sentralt, fordi det sier noe om den omtenkssomme sykepleier, som utfører uttrykkene sine i handling. God og omtenkssom sykepleie skjer der sansingen og erfaringen kommer til gjennom å se, høre og lukte, samt gjennom følsomme ord. Dette er ferdigheter. Samtidig er kunnskap makt, og selv om Aristoteles sa ”mennesker uten teoretisk viten, men med erfaring, er mer praktisk dyktige”, bør sykepleier både være teoretisk og praktisk anlagt (Martinsen, 2003b). Martinsen, (2003b, s. 144) sier videre:

”Skjønnnet i sykepleien er en oppøving i å stille seg åpen for det sanselige inntrykk. Det er videre en oppøving ikke bare i å se, lytte og berøre klinisk, men i å se, lytte og berøre klinisk på en god måte”.

Nærhetsetikk, eller omsorgsetikk som det også kan kalles, er en tilnærming som setter jeg – du – forholdet i sentrum. Sentralt i nærhetsetikken er at vi må være oppmerksom på det spesielle i hvert møte med personer og situasjoner. Det er vesentlig å legge vekt på samspillet mellom personene som møtes. I det møtet er det av betydning å se det andre mennesket og være var for situasjonen, for ellers kan en ikke se verdiene. Videre er nærhetsetikk holdninger, væremåte og relasjoner og baseres på følelser og instinkter. Hvert møte med ”den andre” er unikt, og som sykepleier er det vesentlig å vite at ”den andre” vil være ulik fra dem vi allerede har møtt, og det må derfor brukes tid på å kjenne akkurat denne personen. Tillit er sentralt i etikken. Knud Ejler Løgstrup sier at mennesker vil møte hverandre med tillit. Videre utleverer vi oss til hverandre når vi møtes med tillit. Samtidig sier han at sykepleierne må vise seg sin tillit verdig og pasientene må få tid og rom (Brinchmann, 2008).

Når vi prater, utleverer vi oss til den andre. Når det skjer ting i livet, øker sårbarheten og utlevertheten. Sykepleier får makt gjennom kommunikasjon. Denne makten kan brukes til å utlevere god og relevant informasjon til pasienter og pårørende. Likevel kan pårørende og pasienter bestemme om sykepleieren kommuniserer godt nok, og de har alltid rett. Sykepleier skal møte pasienten og pårørende på en god måte, og gjennom kommunikasjon og væremåte kommer moral og etikk frem i lyset (Brinchmann, 2008).

2.2 Sentrale begrep

2.2.1 Omsorg

Skårderud et al. (2010) viser blant annet til Martinsen og Løgstrup når de skriver at omsorg er et eksempel på en tilnæringsmåte sykepleiere ofte bruker i sitt møte med pasienten. Teorier rundt omsorg er at de er påvirket av fenomenologi og nærhetsetikk, som er filosofiske tradisjoner. Elementer i omsorg kan være nestekjærlighet, anerkjennelse, forståelse for lidelse og håp (Skårderud et al., 2010). Omsorg er et allmennmenneskelig fenomen, som alle har,

fordi mennesker er avhengige av hverandre. Et helsevesen uten omsorg får konsekvenser for livslyst, livshåp, læring og helse. Når vi utfører omsorg praktisk og konkret, gjøres det i relasjonen med den andre. Vi gjør noe konkret ved hjelp av handlinger, ord eller holdninger. Gjennom uttrykk gjør vi inntrykk på den andre. Måten vi handler på, gjøres moralsk. Dersom handlingene skal utføres med omsorg, må det være medmenneskelighet og ivaretagelse tilstede. Vi må se den andre som en selvstendig person, og vise hensyn til dens grense. Videre må vi vise respekt, verdighet og nærhet, uten å krysse den andres grenser (Alvsvåg, 2010).

2.2.2 Samspill

Samspill oppstår når mennesker møtes. Når behandler møter pasient ønskes det kontaktsituasjoner der det kan utvikles gode samspillrelasjoner. Dette er samspill som er preget av respekt, tillit, åpenhjertighet og forståelse av den andre. Tillit er noe vi ønsker i møte med pasienten, men som ikke kommer av seg selv. Tillit må bygges opp i det tempoet pasienten selv behøver. Man kan bygge opp denne tilliten ved å være tålmodig, empatisk og å lytte til pasienten i den situasjonen han eller henne er i akkurat nå. Det er vesentlig å være oppmerksom på at flere pasienter med en psykisk lidelse har opplevd å knytte seg til andre, for så å bli avvist senere. Disse pasientene kan derfor forvente å bli avvist etter å ha knyttet seg, og kan med det ha vanskeligheter med å få tillit til pleieren (Skårderud et al., 2010).

2.2.3 Psykisk helse

Vårt psykiske liv oppstår fra den dagen alle mennesker blir født. Når vi møter mennesker kan vi få trygge eller utrygge tilknytninger til personen. Dersom vi møter utrygge tilknytninger, omsorgssvikt eller traumer, kan det føre til lidelse og sykdom. Ved å være trygg tåler vi psykisk smerte lettere og vi klarer å regulere gode og dårlige følelser (Skårderud et al., 2010).

2.3. Depresjon

2.3.1 Generelt

Depresjon kommer fra latin og betyr nedtrykking. Det kan videre bety en sinnsstemning, et syndrom eller en gruppe sykdommer (Hummelvoll, 2004).

Skårderud et al. (2010) skriver at når vi mister noe eller noen, vil en naturlig følelse være sorg og vi kan reagere sterkt. Dersom den nedstemte følelsen blir værende og følelsene omkring fremtiden ser negativ ut, kan det bli overveldende. Blir sorgarbeidet sittende fast, og tapet ikke blir arbeidet gjennom, kan det føre til depresjon (Hummelvoll, 2004). Det er vesentlig å vite at noen ganger hos voksne kan en depresjon melde sin ankomst uten at det har hendt en ytre utløsende årsak (Skårderud et al., 2010).

Mennesker er ulike, og vil derfor reagere ulikt på negative hendelser i livet. Vi reagerer likevel på motgang i livet, i form av sinne, tristhet eller sorg. Videre reagerer vi ulikt ut i fra om hendelsen er uventet, ventet eller utgjør store eller små konsekvenser for livet videre. Hvordan vi klarer å håndtere motgang kommer an på hvor godt rustet vi er, psykologisk og sosialt. Gjennom livet lærer vi å takle slike hendelser bedre. Eksempler på dype og langvarige sorgreaksjoner er tap av foreldre, barn, ektefelle, arbeidsmulighet og bosted. Normalt klarer vi å komme over det etter hvert, fordi vi har ressurser i oss og rundt oss som bidrar til å finne mening og som gir glede. Dersom personen ikke klarer å komme seg ut av sorgprosessen og se meningen med livet videre, kan han eller henne befinne seg i en dyp depresjon, hvor en ikke tenker realistisk om seg selv og sin fremtid. For noen kan selvmord være eneste utvei. For andre kan kroppens funksjoner bli påvirket. Depresjonen er da blitt en psykisk lidelse, som igjen blir kalt en stemningslidelse. Depresjon hos voksne kan oppstå på grunn av følelsesmessige belastninger i barndommen (Skårderud et al., 2010). Hummelvoll, 2004, skriver at depresjon kan være genetisk betinget, der det kan være større sjanse å få depresjon dersom en i familien har eller har hatt det. Miljø spiller også inn som forklaring av utvikling av depresjon.

2.3.2 Symptomer

Den fransk-bulgarske psykoanalytikeren og litteraturforskeren Julia Kristeva gir et bilde på depresjoner. Hun sier at depresjoner kan ramme hele mennesket og *"når solen oppleves som svart, blir alt svart"* (Skårderud et al., 2010, s. 31).

Det finnes forskjellige grader av depresjoner. Mild, moderat og alvorlig depresjon bestemmes etter graden av de undernevnte symptomene.

2.3.2.1 Generelle symptomer

Symptomer på depressiv lidelse er nedstemthet, mangel på interesse, liten glede og lite energi. Nedsatt selvfølelse, og konsentrasjonsevne er også symptomer, samt skyldfølelse og søvnproblemer. Videre er utrøstelig tristhet, følelse av å være mindre verdt, ingen håp for fremtiden og irritabilitet symptomer på depresjon. Symptomer er også søvnløshet, negative tanker om seg selv og hva andre tenker om en, kroppen er tung og ubrukelig, det blir vanskelig å komme seg på jobb eller skole, det sosiale livet blir redusert, språk og tale kan bli mimikkfattig og kroppslige funksjoner kan bli begrenset (Skårderud et al., 2010).

Hummelvoll (2004) skriver at den deprimerte vil føle seg isolert, selv i samvær med andre mennesker. Fortvilte tanker svirrer rundt i hodet og troen på livet er ikke tilstedet. Videre kan personen med depresjon ha nedsatt appetitt, være obstipert og få urinretensjon. Kroppslige plager som hodepine, magesmerter og ryggsmarter kan også oppleves. Kvinner kan erfare å miste menstruasjonen over en tid og både kvinner og menn kan føle at de ikke har seksuell lyst og evne.

2.3.2.2 Moderat depresjon

Ved moderat depresjon kan personen også oppleve å fordreie oppfatningen av hva som er virkelig. Det kan skje ved at personen opplever at andre ikke liker ham. Egne evner kan bli undervurdert og dømmekraften mindre god. Personen kan føle at det er noe gale med hjerterytmen, fordøyelsen, eliminasjonen og pusten. Selvbildet er dårlig og evnen til å være glad er kraftig redusert. Aggresjon kan oppstå og perioder med overspising og et høyt inntak av alkohol er ikke sjeldent. Hverdagslivets gjøremål kan bli vanskelig å gjennomføre. Spørsmål om livets mening tar stor plass og tid i tankene til den deprimerte personen. Personen kan også ha vanskeligheter med kommunikasjonen, i form av langsom tale og et knapt ordvalg (Hummelvoll, 2004).

2.3.2.3 Alvorlig depresjon

Dersom depresjonen er av den alvorlige grad, er det større sjanse for vrangforestillinger. Vurderingsevnen er dårlig, da konsekvenser av sin atferd ikke har betydning. Oppfatningen av hva som er realitet kan være borte, da en følelse av for eksempel ha hull i magen kan oppstå. Personen føler skyld, verdiløshet og syndighet. Videre føler han seg ubrukelig, håpløs og

hjelpeløs. Den motoriske aktiviteten kan enten bli stille eller ukontrollert og rask (Hummelvoll, 2004).

Tankene til den deprimerte personen kan være ulogisk, og hukommelse redusert. I kommunikasjon kan personen ha vanskeligheter med å gjøre seg tydelig og forstått og han eller henne kan også bli stum (Hummelvoll, 2004). Ved alvorlig depresjon kan en ofte se at personen er mest deprimert om morgenen, og mindre om kvelden. Det er av betydning at helsepersonell da kartlegger om personen kan komme til å skade seg selv, med selvmord som verste utfall (Skårderud et al., 2010).

2.3.3 Sykepleie

Sykepleieren møter blant annet deprimerte pasienter i en psykiatrisk avdeling. Målet med sykepleien vil være å finne en løsning til problemet. Videre må sykepleieren ha personen i sentrum. For å ha dette må sykepleieren ha kjennskap til pasientens selvbylde, fysiske tilstand, hvordan følelser kommer til uttrykk og hvordan pasienten forholder seg til andre personer. Sykepleier må få pasienten til selv å være med å finne mål og mening, slik at mestring av eget liv gjenoppstår. Det blir en utfordring hos de pasientene som har lav selvaktelse, og som igjen lider av manglende mestring av livssituasjonen, hjelpeløshet, håpløshet og meningsløshet (Hummelvoll, 2004).

2.3.3.1 Mål med sykepleien

Målet for sykepleien til pasienter som lider av depresjon er: 1. å få pasienten til å kjenne igjen følelser og uttrykke dem, 2. å hjelpe pasienten til å møte følelsen av meningsløshet og bearbeide den, 3. å få pasienten til å oppleve kontroll over egen livssituasjon og finne måter å takle konsekvensene av depresjonen på, 4. og å styrke selvaktelsen til pasienten og å få han til å knytte seg til andre mennesker (Hummelvoll, 2004).

Gjennom observasjon av og samtaler med pasienten, vil sykepleier få tak i nyttig informasjon. I tillegg vil informasjon fra andre personer, som lege og pårørende, være god kilde til informasjon. Denne informasjonen brukes i arbeid med pasienten, slik at sykepleier kan møte ham som person og hjelpe ham å finne frem til problemene sine og bearbeide dem i situasjonen som nå er oppstått. Sykepleier må få tak i relevant kunnskap om psykiske, fysiske, sosiale og åndelige aspekter, for å komme innpå og hjelpe pasienten. Det handler om alt fra

ernæring og eliminasjon, til virkelighetsoppfatning og tankeprosesser. Det handler også om arbeid, sivilstand, økonomi og sosial deltakelse. Informasjon om tro og livssyn kan også være av interesse (Hummelvoll, 2004).

2.3.3.2 Tiltak

Det kan være en utfordring for sykepleier å komme innpå deprimerte pasienter. Dette fordi pasientene kan oppleve å ikke se håp for livet videre, og sykepleier kan føle seg hjelpsløs i dette møtet, da pasientene kan velge å isolere seg. Når sykepleier tilnærmer seg pasienten, bør holdningen være rolig, varm og aksepterende og tålmodighet kreves. Det kan være utfordrende for sykepleier, når pasient ikke klarer å gi et positivt gjensvar. Likevel er det vesentlig å bruke tid med pasienten og sykepleier viser da at pasienten er verdifull. Det trenger ikke prates mye, men dersom samtale oppstår, er det av betydning å vite at pasienter som er deprimerte kan bruke lengre tid å svare på og oppfatte henvendelser. Sykepleier prater derfor rolig, med korte setninger, og er tålmodig i vente på svar. Det kan dannes meningsfulle samtaler ved at sykepleier prater og spør om ting pasienten interesserer seg for (Hummelvoll, 2004).

Hummelvoll (2004) skriver at den deprimerte pasient har behov for at sykepleiere og andre forteller at tilstanden er forbigående, og at det er mulig å komme seg ut av situasjonen. Likevel understreker han at bedring tar tid, og det krever at pasienten er villig til å være med i det arbeidet som kreves. Pasienten trenger en person som er tålmodig, som både er aktiv og passiv i samtale. Dersom sykepleier er for passiv, kan det ha motvirkende effekt, og pasienten kan føle at situasjonen er håpløs å komme seg ut av. For alvorlig deprimerte pasienter, trenger de å høre at livet er verdt å leve, selv om de kan føle at livet ikke er verdt å fortsette. Ved å være tilstedet og samtale med pasienten, kan pasienten føle at depresjonen kan lindres og livet videre mestres (Hummelvoll, 2004).

Det er av betydning at sykepleier motiverer til aktivitet og gir tilbud om blant annet turer, selv om pasienten ikke vil der og da. Det er vesentlig at sykepleier er tålmodig. Mosjon har god effekt på fysisk form, øket velvære og glede, som igjen kan føre til at depresjonen raskere går over (Hummelvoll 2004).

I terapigrupper kan pasienten styrke selvaktelsen sin, ved å prate om sine vanskelige sider, samt ressurser til de andre. I det sosiale trenger pasienten å bli møtt med nærhet, respekt og fortrolighet for å oppleve selvaktelse (Hummelvoll, 2004).

3.0 Metode

3.1 Definisjon av metode

Metode er en fremgangsmåte som brukes for å nå frem til kunnskap, gjennom data eller informasjon (Dalland, 2007). Det finnes ulike typer metoder. Den kvalitative metoden brukes når forskeren intervjuer og observerer informanter i dybden, for å få mest mulig informasjon (Forsberg og Wengström, 2008). Den kvantitative metoden brukes når forskerne benytter spørreskjema og oppgir resultatene i målinger, som for eksempel i prosent (Dalland, 2007).

3.1.1 Litteraturstudie

Det finnes ulike typer av et litteraturstudium. I denne oppgaven skal det gjøres et systematisk litteraturstudium, og er derfor metoden jeg anvender. Et systematisk litteraturstudium betyr å søke systematisk, granske kritisk, kvalitetsbedømme, oversette og tolke litteraturen innen et valgt emne sett ut i fra problemstillingen. Videre er metoden å finne data fra tidligere observasjonsstudier og gjøre en sammensetning av dem. Den systematiske litteraturstudien fokuserer på nåværende forskning innenfor det valgte emnet og litteraturen skal være grunnlag for arbeidet videre. Litteraturen er basert på vitenskapelige tidsskrifter eller rapporter og utgjør informasjonskilden i oppgaven. I en systematisk litteraturstudie kan det tas i bruk de forskningsstudier en ønsker å bruke i oppgaven. Et litteraturstudium innebærer også å oppgi hvilke søkeord som er brukt, oppgi søkestrategi og hvor mange treff det ble på hvert av søkeordene (Forsberg og Wengström, 2008). I denne oppgaven er kravet minimum 4 forskningsartikler.

3.2 Litteratur

I oppgaven tar jeg i bruk forskningsartikler, funnet som beskrevet nedenfor, og litteratur fra relevante bøker. Litteraturbøker er blant annet skrevet av Kari Martinsen (2003a), Skårderud et al. (2010) og Hummelvoll (2004).

3.2.1 Fremgangsmåte for å finne forskningsartikler

På HSH bibliotekets sider valgte jeg databaser for å finne relevant litteratur til oppgaven. Databasene jeg der tok i bruk, var CINAHL, Cochrane, Ovid og SveMed+. Tilfredsstillende studier ble funnet i CINAHL, Ovid og SveMed+.

I SveMed+ brukte jeg norske søkeord. Likevel forstod ikke databasen alle norske ord, og jeg skrev de om til svensk eller gjorde de om, for eksempel nærvær ble til naervaer. Jeg kombinerte søkeord for å få færre treff. Likevel fant jeg tilfredsstillende artikler på individuelle søkeord i databasen. Ord jeg søkte med var blant annet ”depresjon”, ”omsorg” og ”psykisk helse”.

Ved søk i CINAHL og Ovid brukte jeg engelske ord, som jeg hadde fått oversatt enten i en norsk/engelsk ordbok, eller ved hjelp av SveMed+. Der søkte jeg med individuelle ord, og kombinerte deretter dem, for å få antall treff redusert, og forskningsartikler ble funnet. Ord jeg tok i bruk var blant annet ”care”, ”nurse”, ” psychiatric patient”, ”depression”, ”taking care of” og ”affective”. I noen søk fant jeg artikler som så ut til å være gode. Disse var ikke forskningsartikler, men fagartikler. Ekskluderingskriterier var at artiklene ikke skulle være mer enn ti år gamle og de måtte være forskningsbasert.

Artiklene jeg har valgt er: *Korleis vektlegger pasientar og personale ved sjukehus i Norge kva som er god omsorg?* av Skorpen og Kristoffersen (2006), *Sykepleiernes erfaringer med brukerveiledning i psykiatriske dagsentra* av Sæterstrand og Møllerssen (2010), *Depression: a psychiatric nursing theory of connectivity* av Feely og Long (2009) og *Caring for people with depression* av Badger og Nolan (2002). Disse ble valgt fordi de er relevante for problemstillingen min i form av begrepet omsorg og depresjon. Jeg er oppmerksom på at noe av informasjonen i artiklene ikke passer inn til min problemstilling, men jeg finner likevel store deler av artiklene relevante. Tabeller for hvordan jeg kom frem til artiklene, ligger som vedlegg 1 i oppgaven.

3.2 Metodekritikk og forskningsetikk

Dalland, (2007), skriver at det trengs kunnskap om det som det skrives om, for å kritisere kildene en bruker i oppgaven. Det er av betydning å finne litteratur som passer til sin oppgave. Kildekritikk er når en vurderer og karakteriserer den litteraturen. Det er vesentlig å legge vekt på relevans, holdbarhet og gyldighet når litteraturen skal vurderes.

I en litteraturstudie er det av betydning å bruke riktig kildehenvisning på kildene som tas i bruk. Det er for å unngå plagiering (Forsberg og Wengström, 2008).

Gikk inn på helsefaglige og flerfaglige databaser. De ulike søkedatabasene ble valgt fordi de er tilgjengelig og godkjent på skolens bibliotek. De ble også valgt fordi de er relativt lette å ta i bruk, og inneholder gode forskningsartikler fra ulike land. Søkord ble valgt ut i fra hovedtema og innholdet i det.

Artiklene som er valgt er godkjent av etiske komiteer. Informantene er anonyme. Artiklene er ei heller eldre enn 10 år. Det valgte jeg fordi det stadig kommer nye funn innenfor sykepleieforskning. Artiklene er alle relevante innenfor mitt tema, selv om noe av informasjonen i dem ikke er like interessant i forhold til min problemstilling. Likevel velger jeg å ta dem i bruk.

Bøker som ble mye brukt i oppgaven var originallitteratur av Kari Martinsen, en ny bok om psykiatri av Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke og en psykiatribok av Hummelvoll, som er ledende innenfor temaet. Jeg ville ta i bruk primærlitteratur av Kari Martinsen, for å få den beste forståelsen av hennes omsorgsteorier.

I oppgaven viser jeg hvor jeg har funnet litteraturen, ved hjelp av kildehenvisning i teksten og i litteraturlisten. Jeg bruker kildehenvisning for å unngå plagiering. Referansene blir referert etter skolens referansebruk, som er APA-standarden (American Psychological Association).

4.0 Resultat/funn

4.1 Hovedfunn

Skorpen og Kristoffersen (2006) skriver både om hva pasienter forventer av den omsorgsfulle sykepleier, samt hva sykepleiere tror pasienter forventer av den omsorgsfulle sykepleier. Sæterstrand og Møllersen (2010) finner at sykepleieren bør være til stede for brukeren og veilede vedkommende til å mestre hverdagen. Feely og Long (2009) skriver om omsorg til personer med depressiv lidelse. Badger og Nolan (2002) får frem i sin forskning at depresjoner er en meget vanlig psykisk lidelse, og at fokuset til dem bør ligge på god omsorg og oppfølging. De skriver videre at det er rom for forbedring i psykisk helsevern. Det er vesentlig å være oppmerksom på at sistnevnte studie er liten, og innholdet av den representerer nødvendigvis ikke et bredere utvalg av brukere og helseutøvere. Oppsummeringstabell av alle forskningsartiklene, ligger som vedlegg 2 bak oppgaven.

4.2 Sammendrag av artiklene

”Korleis vektlegger pasientar og personale ved psykiatriske sjukehus i Norge kva som er god omsorg?” er skrevet av Frode Skorpen og Kjell Kristoffersen. Artikkelen ble utgitt i *Vård i Norden* i mars 2006. I artikkelen, som er et comparative survey design, prøver forskerne å finne svar på om det er samsvar mellom pasienter og personale ved psykiatriske avdelinger når det gjelder omsorgshandlinger, og om kjønn har noe å si for hvordan pasienter og personale vektlegger disse handlingene. I undersøkelsen deltok og fullførte 65 pasienter og 79 personale. De fikk utlevert et skjema som kalles ”Caring assessment instrument” (CARE-Q). Instrumentet måler hvordan pasienter og personale vektlegger omsorgshandlinger. Instrumentet ble oversatt til norsk, og omformet fra et somatisk utgangspunkt til et psykiatrisk fokus. I skjemaet ble det fokusert på temaer som hvor tilgjengelig sykepleieren bør være, hvor mye informasjon sykepleieren bør gi, hvor mye sykepleieren bør hjelpe og trøste, hvilken evne sykepleieren har til å forstå pasienter og pårørende og hvor mye sykepleieren klarer å se på forhånd, hvor fortrolig sykepleieren er og hvordan sykepleieren overvåker og følger opp pasienten. Skjemaet gikk ut på å rangere hva som var mest viktig til minst viktig, ut i fra skalaen 1-7, der 1 poeng var minst viktig. Pasienter og personale var enige om at pleieren bør lytte til pasienten, prate med pasienten, rette oppmerksomheten på pasienten sine

behov og å være tilstedet for pasienten i situasjoner som er vanskelige er de mest vesentlige omsorgshandlinger.

Etisk vurdering: Pasienter og personale er anonymisert, samt hvilke psykiatriske sykehus og avdelinger forskningen ble gjort på.

Torill M. Sæterstrand og Aase B. Møllersen har skrevet artikkelen ”*Sykepleiernes erfaringer med brukerveiledning i psykiatriske dagsentra*”. Den ble utgitt i *Vård i Norden* i januar 2010. Artikkelen er kvalitativ, der forskerne har utført individuelle intervju av seks erfarne sykepleiere på ulike dagsentrer i landet. Forskerne prøver i studiet å få frem kunnskap om hvordan sykepleierne erfarer sin funksjon og rolle, hva de erfarer i møte med brukerne og hvordan de bruker sin kyndighet på, i et psykiatrisk dagsenter. Sæterstrand og Møllersen understreker at det er vesentlig å få frem sykepleiernes ståsted, da arbeid med psykisk helse har utviklet seg fra mest fokus på sykdomsforståelse og behandling, til fokus på helse. Resultatet i forskningen viser at sykepleierne legger vekt på god veiledning til brukerne, og gjør dem oppmerksomme på at de kan komme til sykepleierne for å få hjelp. Sykepleierne observerer også brukerne, og henvender seg til dem dersom de tror noe er gale. Videre styrker de brukerne, slik at de kan komme seg videre i livet. Sykepleierne behandler også brukerne som likeverdige. Gjennom omsorg og veiledning, viser sykepleierne at de bryr seg om at brukerne skal ha det best mulig.

Etikk: Undersøkelsen er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og informantene er informert om at studie og deltakelsen er frivillig, og at de hadde mulighet til å trekke seg. Informantene, brukerne og avdelingene er anonymisert.

”*Depression: a psychiatric nursing theory of connectivity*” er skrevet av Feely og Long i 2009. Artikkelen er kvalitativ, der informantene er 17 personer, både menn og kvinner. Informantene har enten opplevd depresjon, eller er sykepleiere som har hatt depresjon eller jobbet tett med pasienter med depresjon. Hensikten med studien var å undersøke menneskers personlige og profesjonelle erfaringer i møte med depresjon. Dette for å gi kunnskap til andre som jobber innenfor dette temaet, slik at de bedre kan forstå hvordan det er å leve med en depresjon. Hovedspørsmålet som var gitt informantene var: ”Fortell hva det betyr for deg å oppleve depresjon”. Informantene var informert om at de var anonyme, og historiene deres

ville bli ivaretatt og ikke bli gjenkjennbar. Artikkelen er etisk godkjent gjennom det lokale "Health Area" og gjennom University av Ulster. Ut av studien ble det etablert en sykepleieteori. I studien diskuterte de hvordan det ville si å leve med en depresjon og hvordan føle seg vel med seg selv og andre. Selv om det var et lite antall deltakere, gir det likevel et bilde. Sykepleiere er i stand til å gjenkjenne den enkelte. Alle er vi koblet til hverandre, i form av minner, opplevelser og møter med andre. Aktiviteter som fremmer tilkobling kan hjelpe sykdomsfølelsen. Likevel mener forfatterne at det trengs mer forskning innenfor dette området.

I artikkelen "*Caring for people with depression*" av Frances Badger og Peter Nolan (2002) skriver de at behandling av depresjon er vanskelig på grunn av mangel på kunnskap blant utøverne. Det vil bli behov for mer kunnskap innenfor dette emne, fordi det blir flere og flere pasienter med denne lidelsen i fremtiden, i følge Verdens helseorganisasjon. Medisiner for å behandle depresjon er godt etablert, men medisineren må følges nøye med. Artikkelen er kvantitativ og det ble brukt spørreskjema, der informantene var anonyme. Spørsmålene som ble stilt gikk på kvalitet på omsorg hos depressive personer, hvem som bør involveres i omsorgen, hvilke behandlingstyper som er effektive mot depresjon og hindringer for god omsorg. På en Likert-skala vurderte informantene omsorgen. Generelt kom det frem i studien at omsorg til pasienter med depresjoner bør fokuseres mer på og ingen informanter mente at omsorgen var tilfredsstillende. Noen mente at medisiner og veiledning er den mest effektive behandlingen. Familiestøtte og rådgivning kom også frem som god behandling. Det kom frem i studien at sykepleiere med videreutdanning i psykiatri er de best egnede for å yte omsorg til disse pasientene. Studien viste videre at god omsorg er å lytte, akseptere pasienten, ta vare på han/henne, være tålmodig, bidra til håp og skape tillit. Videre er hjelp til selvhjelp god omsorg. Hindringer for god omsorg er å unnlate å gjenkjenne tidlige tegn på depresjon, mangel på tid og ressurser og for lite kunnskap og ferdigheter innenfor området. Derfor bør det fokuseres på å gjøre helsearbeidere bevisste på hvorfor omsorg er av betydning i møte med pasienter med depressiv lidelse.

Etikk: Informantene er anonyme.

5.0 Drøftning

”Hvordan kan sykepleier yte omsorg til pasienter med depressiv lidelse, i en psykiatrisk institusjon?”

Depresjon kan oppstå dersom vi opplever motgang i livet og vi ikke klarer å arbeide oss gjennom det (Hummelvoll, 2004). Hvordan vi håndterer motgang kommer an på hvor godt vi er rustet. Kroppens funksjoner kan bli påvirket. Det kan også bli vanskelig å fungere i hverdagen. Depresjonen kan ramme hele menneske (Skårderud et al., 2010, Hummelvoll, 2004). Derfor er det vesentlig, som Martinsen (2003a) forklarer, å ikke bare se subjektet og behovet, men hele menneske. Omsorg må være tilstedet i helsevesenet (Alvsvåg, 2010). Det overnevnte var av vesentlig betydning, da jeg var i praksis på en psykiatrisk avdeling.

Badger og Nolan (2002) skriver at det vil bli behov for mer kunnskap innenfor depresjon og omsorg, fordi det i fremtiden blir flere og flere pasienter med denne lidelsen. Studien viste at god omsorg er å lytte, akseptere pasienten, ta vare på, være tålmodig, bidra til håp og skape tillit. Hindringer for god omsorg er å unnlate å gjenkjenne tidlige tegn på depresjon, mangel på tid og ressurser og for lite kunnskap og ferdigheter innenfor området (Badger & Nolan, 2002). Martinsen (2003a) skriver at omsorg er fagkunnskap, men også menneskelig nærværenhet. Eknes (2006) får frem at depresjon kan utvikle seg både sakte og fort. En depresjon kan være vanskelig å behandle, men de fleste kommer seg ut av den. Depresjon er også hyppig forekommende i vår tid (Skårderud et al., 2010). Dette var tydelig i praksis, der samtlige av pasientene led av depresjoner. Selv om de hadde andre psykiske lidelser i tillegg, var depresjonen tydelig. I vår tid ser jeg betydningen av å ha kunnskap innenfor det området, da symptomer på depresjon er mangfoldige og pasientene trenger at personalet har den kunnskapen som skal til for å hjelpe de ut av den, eller hjelpe dem til å leve med den på best mulig måte. Dersom pasientene ikke følte de fikk den hjelpen de trengte, kunne man merke at depresjonen ble værende, og i verste tilfelle bli verre. Det er også vesentlig at sykepleier har nok kunnskap om symptomer på depresjon, slik at ikke det stilles spørsmålstegn ved pasientens plager, og depresjonen kan oppdages på et tidlig tidspunkt. Utenom fagkunnskap er omsorgshandlinger vesentlig i møte med pasienten. Vi er alle avhengige av omsorg, og et helsevesen uten omsorg, får konsekvenser for livslyst, livshåp, læring og helse (Alvsvåg, 2010).

Jeg vil videre i kapittelet belyse hvordan omsorg kan bidra til at depressive pasienter får en bedre hverdag og deretter diskutere hvordan sykepleiere kan skape omsorg i møte med pasienten, gjennom holdninger.

5.1 Omsorg i en psykiatrisk avdeling

Hva er god omsorg til pasienter med depressiv lidelse? Skorpen og Kristoffersen (2006) får frem i sin studie, som blant annet omhandlet pasienter med depresjon, at gode omsorgshandlinger er å lytte til, snakke med, og være oppmerksom på pasientene. Videre er det å være oppmerksom på behovene og være tilstedet i situasjoner vesentlige omsorgshandlinger. I følge Hummelvoll (2004) og Martinsen (2003a, b) er omsorg blant annet noe praktisk som gjøres gjennom relasjoner mellom personer. De mener også det er vesentlig å lytte til og være til stedet for pasienten, som igjen kan føre til tillit. Det er av betydning å hjelpe til med praktiske ting og gi håp og livsmuligheter for fremtiden. Av erfaring er jeg enig i denne teorien og forskningen, der jeg så at nærvær med pasientene kunne skape tillit dersom de ble sett og hørt. Videre så jeg at pasienter trengte forskjellig tilnærming, der det var vesentlig å være oppmerksom på deres behov, gjennom å lytte til og sanse deres ønsker. Det stemmer overens med det Martinsen (2003a) sier om å sette pasienten i sentrum, og at hver enkelt pasient er individuell fra andre pasienter. Brinchmann (2008) nevner også at hvert møte med "den andre" er unikt. Sæterstrand og Møllersen (2010) sier at det må være en interesse for hver enkelt bruker.

Martinsen (2003a) sier at omsorg handler om å ta ansvar for andre. Samtidig skriver Hummelvoll (2004) at sykepleier må få pasienten med til selv å finne mål og mening. Dette for at mestring av eget liv oppstår og at pasienten styrker selvaktelsen sin. I følge Badger og Nolan (2002) er hjelp til selvhjelp god omsorg. Sykepleier må være tålmodig og bedring tar tid. Sæterstrand og Møllersen (2010) mener det er viktig å ta seg tid til hver enkelt og se hele mennesket. Brukeren må tas vare på individuelt. Noen ganger i praksis erfarte jeg at den deprimerte pasient trengte motivasjon for å delta i egen sykdomsforbedring. Noen pasienter satte sykepleiernes tålmodighet på prøve, da pasientene muligens ikke forstod hvorfor de trengte hjelp. De forstod ikke at konkrete handlinger og tiltak kunne bedre dem. Dette var

fordi personen befant seg i depresjonens karakterer, der symptomene blant annet kunne være manglende energi, nedstemthet, mangel på interesse, nedsatt konsentrasjonsevne og ingen håp for fremtiden. Moderat og dypt deprimerte pasienter kunne befinne seg i en tilstand av vrangforestillinger og så ikke rasjonelt på situasjonen. Hos alvorlig deprimerte pasienter kan personen være mer deprimert om morgenen, enn om kvelden (Hummelvoll, 2004). Hos noen var det bedre å utføre visse tiltak om kvelden, da depresjonen var lettere. Hos andre pasienter merket jeg at depresjonen lettet da de fikk være med å bestemme deler av dagen sin, i form av aktiviteter, samtaler og videre opphold på institusjonen. Det gav glede og mestring hos pasienten, men påvirket også positivt sykepleierne.

I studiet til Sæterstrand og Møllersen (2010) får forfatterne frem at veiledning, støtte og samvær er vesentlige handlinger i en psykiatrisk avdeling, samt skape tillit. Sykepleierne gjorde seg oppmerksom på at brukerne når som helst kunne få veiledning hos dem, med tanke på helse og personlige problemer. Støttende relasjoner kan bli etablert når brukere har behov for å snakke om problemene sine. Støttende relasjoner kan også grunnlegges gjennom praktiske gjøremål og aktiviteter. Å legge til rette et trygt og positivt fellesskap på avdelingen, er en viktig del av arbeidet. Samværet kan brukes til å kommunisere med hverandre, både ansatte og brukere. Gjennom samværet lyttet brukerne til hverandre og satte ord på erfaringer, og mestring kan oppstå. I et samvær kan det kommuniseres både verbalt og non-verbalt. Det vesentlige er at brukerne blir sett og at omsorg er tilstedet. Når brukerne får bruke seg selv på avdelingen, i form av aktiviteter og hverdagslige gjøremål, kan sykepleier finne ressurser i brukerne som igjen kan være med å styrke dem (Sæterstrand & Møllersen, 2010). Aktiviteter som fremmer tilkobling kan hjelpe sykdomsfølelsen, skriver forskerne Feely og Long (2009). Hummelvoll (2004) sier at terapigrupper kan få pasienten til å styrke selvaktelsen sin. I praksis opplevde jeg blant annet at pasientene følte seg likeverdige rundt matbordet og morgensamlinger, og at samtaler ble etablert. Noen dager var stemningen god og pasientene hadde et smil rundt munnen. De inkluderte hverandre, lyttet og lo. Selvaktelsen til disse pasientene steg. Andre dager var det nødvendig for personalet å bryte inn og for noen av pasientene var det bedre å nyte maten i stille omgivelser, da depresjonen kom tydelig frem i lyset. Selv i samvær med andre kan den deprimerte pasient føle seg isolert (Hummelvoll, 2004). Hummelvoll (2004) får også frem at aktivitet kan føre til at depresjonen raskere går

over. Det kom tydelig frem i praksis, der pasientene åpnet seg opp i form av samtale, og at de fikk bedre selvaktelse der og da, og ofte etter aktiviteten også. Hummelvoll (2004) skriver også at noen pasienter trenger motivasjon til å være i aktivitet. I praksis merket jeg at alvorlig deprimerte pasienter ofte sa nei til turer. De skyldte på dårlig kondisjon, lite lyst og dårlige dager. Der ble tålmodigheten til de ansatte satt på prøve. Likevel gav de ikke opp, og det ble gjort klart at litt aktivitet var bedre enn ingenting. For noen av pasientene ble det oppfattet som masing. Da er det vesentlig, som Brinchmann (2008) skriver, at sykepleierne må vise seg sin tillit verdig og pasientene må få tid og rom. Det kan være et etisk og faglig dilemma, da sykepleierne vet at inaktivitet og lite energi er karakterer for depresjon, men at aktivitet samtidig hjelper mot depresjonen (Skårderud et al., 2010).

5.2 Omsorg gjennom handlinger og holdninger

Skorpen og Kristoffersen (2006) forsker på om det er samsvar mellom hva pasienter og personale ved psykiatriske avdelinger mener er omsorgshandlinger. Personalet og pasienter vektlegger det mellommenneskelige møtet som viktigst. Sæterstrand og Møllersen (2010) sier at samspill mellom ansatte og brukere kan være avgjørende for bedring hos brukerne. I studien kommer det frem at pasienter ønsker at relasjonen mellom ansatt og bruker skal inneholde mellommenneskelige kvaliteter som støtte, varme, individualitet og interesse for hver enkelt bruker. Sykepleier må etablere gode relasjoner til brukerne, slik at de blir sett og hørt. Hvordan sykepleier utfører handlingene i møte med brukeren er avgjørende for om de vil føle seg ivaretatt. Når målet er å bedre den psykiske helsen til brukerne, er det vesentlig at sykepleier undrer seg over hva man møter eller hva brukerne uttrykker. Hvorfor ønsker vi å engasjere oss i pasienten? Løgstrup, sammen med Martinsen sier det er fordi sykepleie kan få frem livsmotet til mennesker med psykiske lidelser. Er det mulig å ikke bli engasjert i pasienten sin? Løgstrup sier nei, fordi engasjement er noe alle har i seg, som de suverene livsytringene (Sæterstrand & Møllersen, 2010). I praksis var det vesentlig å være engasjert i pasienten for å få tak i nyttig informasjon og skape en relasjon. Dersom sykepleier var passiv i møte med pasienten, var det lett å legge merke til at pasienten ikke følte seg sett og ivaretatt. Det kan føre til at relasjonen mellom dem blir svakere og bedringen av depresjonen tar lengre tid. Det stemmer overens med det Hummelvoll (2004) skriver om at passivitet fra sykepleiers side kan føre til at pasienten føler at situasjonen er håpløs å komme ut av. Samtidig kunne

sykepleier skape en relasjon hos pasienten, der mellommenneskelige kvaliteter var tilstede, og pasienten valgte å ta dem i mot. Det er likevel vesentlig å være oppmerksom på at flere psykiatriske pasienter har opplevd å knytte seg til andre, for så å bli avvist (Skårderud et al., 2010). Dette kan være vesentlig å ha i tankene når relasjonen mellom sykepleier og pasient skal bygges opp, og tillit skal skapes.

Sæterstrand og Møllersen (2010) skriver at gjennom språk og samtaler kan det skapes noe. Sykepleier kan endre brukers helsetilstand eller vedlikeholde den. Skorpen og Kristoffersen (2006) konkluderer med at å lytte og prate med pasienten er gode omsorgshandlinger. Hvordan skape fine omsorgshandlinger, gjennom språk og samtale? I følge Martinsen (2003a) handler det om tillit, nestekjærlighet, nærvær og medmenneskelighet. Gjennom dette viser Martinsen (2003a) til Løgstrup som forteller om sansing og forståelse av den andre. Vi sanser det samme, men forståelsen er ulik. Vi må være mottakelig for andre mennesker og la oss berøre. Det er en kunst å arbeide med pasienten. Skjønn spiller en stor rolle i møte med den andre, der skjønn er fagkunnskap og sansing i lag. Martinsen (2003b) mener at det å tyde den andre, er å uttrykke det inntrykk vi får av den andre. Det kommer til uttrykk gjennom sanser og språk. Vi må være åpen for slike sanselige inntrykk. Brinchmann (2008) sier noe om at vi må legge vekt på samspillet mellom personene, når omsorg skal utføres. Det er også vesentlig å møte den andre med et språk der tonen i talen gir mening før ordene (Martinsen, 2003a). Det overnevnte viste seg å være vesentlig i praksis. Når jeg forsøkte å skape en relasjon med pasientene, var jeg ydmyk, undrende, sansende, lyttende, spørrende og rolig på samme tid. Hos noen pasienter følte jeg en god kjemi med en gang. Hos andre brukte jeg lengre tid på å skape en god relasjon, og hos enkelte følte jeg at pasienten ikke ville åpne seg opp. Kanskje var det fordi jeg var student? Eller kanskje pasienten og jeg ikke hadde den samme kjemien, eller pasienten ikke kunne relatere seg til meg, da jeg ofte var mye yngre enn pasienten selv. Det kunne merkes ganske fort om relasjonen mellom pasient og meg ble bygget til noe positivt. Hos de pasientene det ikke oppsto en relasjon med, med det første, kunne det likevel bygge seg opp en relasjon av tillit, trygghet og åpenhet, der pasienten ble satt i sentrum, og de følte seg sett og ivaretatt. Dette tok tid og tålmodighet krevdes, men det gav positivt utfall. Som Hummelvoll (2004) beskriver, kan det være utfordrende å komme innpå deprimerte pasienter. Samtidig skriver Skårderud et al. (2010) at tillit er noe vi ønsker i samspillet, men at tillit må bygges opp i det tempoet pasienten selv trenger. Tillit kan bygges opp ved å være tålmodig, empatisk og lyttende. Sæterstrand og Møllersen (2010) sier at samtaler har så stor

kraft at det skaper noe mellom to personer. Denne kraften kan brukes til å endre brukeren, eller vedlikeholde helsetilstanden.

Sæterstrand og Møllersen (2010) forklarer at omsorgsbegrepet til Kari Martinsen er universelt. Martinsen (2003a) viser til Løgstrup som forteller om de suverene livsytringer. Alle kan utføre de, men det vi kan velge er hvordan vi forholder oss til de i relasjon med den andre. Altså kan de krenkes og mistillit kan oppstå. Omsorg er da noe alle kan gjøre. Aristoteles sa at mennesker uten teoretisk viten, men med erfaring, er mer dyktig i praksis enn de som kun har teoretisk kunnskap. Hvordan er det i sykepleien? Bør det ikke være fagkunnskap, som sammen med erfaring, skjønn og de suverene livsytringer som utgjør den beste omsorg i møte med pasienten? Jeg finner svar i Kari Martinsen (2003a). Hun beskriver omsorg i sykepleie som nestekjærighet for det menneske som lider, men der fagkunnskap og menneskelig nærværenhet er i vevet inn i hverandre. Hummelvoll (2004) skriver at når sykepleier tilnærmer seg pasienten, bør holdningen være rolig, varm og aksepterende, og tålmodighet kreves. Vi har omsorg i oss, men vi kan velge å utnytte den, eller vi kan velge å ikke utføre den. Omsorgen ligger i vår underbevissthet. Vi kan velge å for eksempel skape tillit hos pasienten, men vi kan også bevisst velge å ikke skape det. I praksis var det tydelig, der sykepleier ikke engasjerte seg i pasienten, eller at sykepleier ikke forstod pasienten fullt ut. Sykepleier kunne velge hvordan hun eller han tilnærmet seg pasienten, og hvordan hun eller han brukte sine omsorgshandlinger. Der pasienten fikk tillit hos sykepleier, hvor sykepleier brukte sine fagkunnskaper, suverene livsytringer, skjønn og erfaring i møte mellom dem, kom den gode relasjonen frem i lyset.

Dersom sykepleierne skaper og viser trygghet til pasientene med depressiv lidelse, kan det føre til at pasientene tåler psykisk smerte bedre, som igjen kan føre til at de klarer å regulere gode og dårlige følelser (Skårderud et al., 2010). God omsorg utføres der pasientene føler personalet er tilstedet i situasjoner som er vanskelige for dem, og de får oppmerksomhet rettet mot deres behov (Skorpen & Kristoffersen, 2006).

5.3 Konsekvenser for praksis

Mulige konsekvenser for forbedring og endringer i sykepleiepraksis ut fra forskningsresultat kan være å være bevisst på å være til stedet for hver enkelt pasient. Videre vil det si å lytte, snakke med og være oppmerksom på pasienten. Dette kan skape tillit, som kan føre til forbedring hos pasienten. I tillegg viser forskning at det mellommenneskelige møte mellom pasient og personal er vesentlig. I dette møte bruker sykepleiere sine suverene livsytringer, men også sin fagkunnskap. Forbedring og endring i praksis kan gjøres ved å være oppmerksom på overnevnte forskning.

6.0 Konklusjon

Omsorg i sykepleie kan skje når medmenneskelighet, nestekjærlighet, nærvær, de suverene livsytringer og fagkunnskap er tilstede hos den som yter omsorgen. Videre viser forskning og faglitteratur at i omsorg er det vesentlig å lytte, å se og å være tilstedet hos pasienten, samt å skape tillit. Beste omsorgshandlinger for personer med depressiv lidelse er at hele pasienten får bli i sentrum. Samtidig kan omsorg være tiltak som fører til bedre selvaktelse. Hvordan sykepleier tilnærmer seg pasienten får konsekvenser for hvordan pasienten oppfatter og tolker omsorgshandlingene. I møte mellom pasient og personale kan samspill være avgjørende for bedring hos pasienten og møtet skal inneholde mellommenneskelige kvaliteter. Det er i dette møtet vesentlig at sykepleier er engasjert i pasienten. Tillit er av betydning å skape, men det kan være utfordrende for sykepleierne, da personer med en psykiatrisk lidelse har opplevd å knytte seg til andre, for så senere å bli avvist.

7.0 Litteraturliste

- Badger, F. & Nolan, P. (2002). Caring for people with depression. *Nursing Standard*, 16 (26), 33-36.
- Brinchmann, B. S. (2008). Nærhetsetikk. I: B. S. Brinchmann (Red.). (2008). *Etikk i sykepleien*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eknes, J. (2006). *Depresjon og mani, Forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Feely, M. & Long, A. (2009). Depression: a psychiatric nursing theory of connectivity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 725-737.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.
- Frej, G. B. (1988). *Mot en existensiell relationisk helhetssyn. En studie av långtidssjuka handikappede personers syn på sin livssituation*. Göteborg: Göteborgs Universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Hummelvoll, J.K. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. Skaug. (Red.). *Grunnleggende sykepleie, Bind 4* (s.13-99). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Martinsen, K. (2003a). *Fenomenologi og omsorg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003b). *Fra Marx til Løgstrup*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skorpen, F. & Kristoffersen, K. (2006). Korleis veklegger pasientar og personale ved psykiatriske sjukehus i Norge kva som er god omsorg? *Vård i Norden*, 26(81), 24-29.

Høgskolen Stord/Haugesund. SYKSB 3001. Kandidatnummer: 58

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stanicke, E. (2010). *Psykiatriboken Sinn – Kropp - Samfunn*. Oslo: Gyldendal.

Sæterstrand, T. M. & Møllersen, A. B. (2010). Sykepleiernes erfaringer med brukerveiledning i psykiatriske dagsentra. *Vård i Norden*, 30(95), 19-23.

Bilde på fremsiden: "Fact sheet bipolar disorder". <http://www.relieflebanon.com/tag/bipolar>

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1/2: Tabeller for søk og treff av artikler:

Tabell 1 – SveMed+

Søk i SveMed+ 11.01.12:

Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
1	Psykiatriske sykehus		16
2	Depresjon		65
3	Psykisk helse		83
4	God omsorg		12
5	Omsorg		1049
6	2 and 3		7
7	Pasienter		654
8	1 and 7		339
9	5 and 2		125
10	Brukerveiledning		1
11	Naervaer		6

Fra SveMed+, søk nummer 4, ble artikkelen *Korleis vektlegger pasientar og personale ved sjukehus i Norge kva som er god omsorg?* av Skorpen og Kristoffersen (2006) valgt. I søk 10 valgte jeg å bruke en artikkel av Sæterstrand og Møllersen (2010): *Sykepleiernes erfaringer med brukerveiledning i psykiatriske dagsentra.*

Tabell 2 – CINAHL

Søk i CINAHL 06.01.12 og 13.01.12:

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Care		172847
S2	Nurse		34475
S3	Patient		353409
S4	Psychiatric patient		10159
S5	Depression		50932
S6	S1 AND S2 AND S5	Research article	550
S7	S4 AND S6		50
S8	Caring		22414
S9	Nursing		416141
S10	Affective disorder		1892
S11	Affective		7294
S12	Mental health		60053
S13	Taking care of		10605
S14	S13 AND S12 AND S9		149
S15	S13 AND S12 AND S9	Research article	73
S16	S5 AND S12 AND S13	Research article	68
S17	S9 AND S5 AND S10		12
S18	S5 AND S8 AND S9	Research article	133

Artikkelen *Depression: a psychiatric nursing theory of connectivity* av Feely og Long (2009), ble valgt fra CINAHL søk nummer 7. *Caring for people with depression* av Badger og Nolan (2002), ble funnet og valgt i søk nummer 18. Den sistnevnte artikkelen ble hentet gjennom BIBSYS, da den ikke kom frem i full tekst på CINAHL.

Tabell 3 – Ovid

Søk i Ovid 06.02.12:

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
1	Depression & caring		28
2	Depression & patients		12321
3	Depression & patients & psychiatry		0
4	Depression & patients & psychiatric		31
5	Nursing & depression		19
6	Mental health & patients		2519
7	Mental health & patients & nurse		0

Artikkelen *Depression: a psychiatric nursing theory of connectivity* av Feely og Long (2009) og *Caring for people with depression* av Badger og Nolan (2002) ble også funnet i databasen Ovid, på søkenummer 1.

Vedlegg 2/2: Oppsummering av hovedfunn i artiklene:

Oversiktstabell:

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
Frode Skorpen og Kjell Kristoffersen (2006) <i>Korleis vektlegger pasientar og personale ved psykiatriske sjukehus i Norge kva som er god omsorg?</i>	Finne ut om det er samsvar mellom pasienter og personale ved psykiatriske avdelinger når det kommer til vektlegging av omsorgshandlinger.	Comparative survey design.	65 pasienter og 79 personale.	Den omsorgsfulle sykepleier bør prioritere å lytte, snakke med, rette oppmerksomheten på pasienten sine behov og være tilstedet i vanskelige situasjoner.
Torill M. Sæterstrand og Aase B. Møllersen (2010). <i>Sykepleiernes erfaringer med brukerveiledning i psykiatriske dagsentra.</i>	Få frem kunnskap om hvordan sykepleiere som jobber ved et psykiatrisk dagsenter erfarer sin funksjon og rolle.	Kvalitativ metode og individuelle intervju.	5 kvinner og 1 mann.	Sykepleiere som gir omsorg, veiledning, anerkjennelse til brukerne og ser på dem som likeverdige, styrker brukerne til å få bedre selvfølelse og mestring.
Feely and Long (2009).	Undersøke folks personlige og profesjonelle	Kvalitativ tilnærming.	17 personer.	Det kom ut en psykiatrisk sykepleieteori av

<i>Depression: a psychiatric nursing theory of connectivity.</i>	erfaringer i møte med depresjon.			studien og kontakt med andre kan føre til forbedring av sykdommen.
Frances Badger og Peter Nolan (2002). <i>Caring for people with depression.</i>	Hva er best omsorg for personer med depressiv lidelse, hvem bør involveres i omsorgen til pasientene og hva er hindringer for god omsorg.	Kvantitativt studium, med spørreskjema.	Av 61 delegater, fullførte 36 spørreskjemaene.	Respondentene mener det kan skje forbedringer i psykisk helsevern, og at det bør fokuseres mer på omsorg i utøvelsen av sykepleie.