



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Hvordan kan sykepleier etablere
et tillitsforhold med kvinnelige
pasienter med depresjon?

Nataliia Korchagina

Bachelorutdanning i sykepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt
for helse og omsorgsvitenskap/Sykepleie

Førde

Sara Terese Osland

01.06.2018.

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Tittel: Hvordan kan sykepleier etablere et tillitsforhold med kvinnelige pasienter med depresjon?

Depresjon betegnes som mindre alvorlig psykiske lidelse enn psykoser og schizofreni.

Framgangsmåte: oppgaven er en litteraturstudie som baserer seg på pensum-, annen faglitteratur og forskningsartikler som finnes på dette temaet. Et faktum som ble presentert i pensumet og fanget interessen min var at depresjon forekommer hyppigst blant kvinner og det er nesten dobbelt så mange kvinner som menn som blir diagnostisert som deprimerte. Etter min mening har psykisk helse spesielt hos kvinner, en stor betydning i et samfunnsmessig perspektiv siden depressive tilstander hos kvinner i den reproduktive alder også sterkt påvirker familiemedlemmene deres som ektefeller og spesielt barn.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier etablere et tillitsforhold med kvinnelige pasienter med depresjon?

Hensikt: Gjennom kontaktetablering og oppnåelse av tillit hos personer med depresjon, kan helsepersonell hjelpe dem, men det kan ta tid og er en vanskelig oppgave. Av den grunn og med tanke på min nært forestående jobb som sykepleier i kommunehelsetjeneste, ønsket jeg å studere temaet mer inngående for å finne ut hvordan jeg som sykepleier kan hjelpe denne pasientgruppen.

Oppsummering av funn: Å oppnå gode menneske-til-menneske forhold, å etablere tillitsfull kontakt via felles aktivitet og samarbeid med pasienten blir viktige element i sykepleier sitt arbeid.

Relasjonsbygging er en lang og innviklet prosess, som vil ha tid, kontinuitet, innsikt, tålmodighet og sykepleierens personlig innsats.

Innholdsliste

Innledning.....	1
1.1. Problemstilling.....	1
1.2. Avgrensning.....	2
2. Metode.....	2
2.1. Literaturstudie som metode.....	2
2.2. Søk etter litteratur.....	2
2.3. Søkeprosessen og valg av forskningsartikler.....	3
3. TEORIDEL.....	4
3.1. Depresjon. Årsaker og symptomer.....	4
3.2. Lokalbasert psykiatrisk sykepleie.....	5
3.3. Interaksjonsteori av Joyce Travelbee.....	6
3.4. Utvikling av sykepleier-pasient-fellesskapet.....	7
3.5. Tillit i relasjoner.....	7
4. Funn i forskning.....	8
5. DRØFTING.....	10
5.1. Utfordringer i kontaktetablering til deprimerte personer.....	10
5.2. Kommunikasjon som redskap for å bygge tillitsfulle relasjoner.....	12
5.3 Sykepleier-pasient-fellesskapet gjennom menneske-til-menneskeforhold.....	13
6. KONKLUSJON.....	15

Innledning

I år 2000 rangerte WHO depresjonssykdom som det fjerde største helseproblemet i verden. Forekomsten av depresjon kan variere fra land til land. På globalt nivå er det ca. 322 millioner mennesker som tilnærmelsesvis plages av depressive lidelser. Dette innbefatter ulike typer depresjoner og antallet deprimerte øker stadig over hele verden. Depresjon er mest vanlig hos kvinner (5,1%) enn hos menn (3,6%) (World Health Organization, 2017).

Ifølge WHO Global Health Estimates er 4,7% av befolkningen i Norge plaget av forskjellige typer av depressive lidelser (World Health Organization, 2017). Det er nokså vanlig at man snakker om at blant annet psykoser og schizofreni er alvorlige psykiske lidelser, mens angst og depresjon betegnes som mindre alvorlige. Men da mister man lett et viktig perspektiv som går på at det faktisk er depresjon og angst som fører med seg de største kostnadene i form av uførhet og manglende evne til å fungere i arbeidslivet, sier Murison (Murison sit. i Røsjø, 2014).

Et faktum som ble presentert i pensumet og fanget interessen min var at depresjon forekommer hyppigst blant kvinner og det er nesten dobbelt så mange kvinner som menn som blir diagnostisert som deprimerte (Hummelvoll, 2012). Med min bakgrunn som innvandrer fra Øst-Europa og i tillegg utdannet som sykepleier, var det vanskelig «å fordøye» at dette faktumet gjelder Norge også. Landet som er et fyrtårn for hele verden når det gjelder likestillingssak for kvinner i jobb- og familiearena, landet med trygg og stabil økonomisk situasjon, godt fungerende helsevesen og sosial støtte for befolkning. Etter min mening har psykisk helse spesielt av kvinner, en stor betydning i et samfunnsmessig perspektiv siden depressive tilstander hos kvinner i den reproduktive alder også sterkt påvirker familiemedlemmene deres som ektefeller og spesielt barn. Det går også ut over jobbsituasjon på arbeidsplasser der kvinnene hører til. Hummelvoll (2012) skriver at sykepleiere møter deprimerte pasienter svært ofte. Gjennom kontaktetablering og oppnåelse av tillit hos personer med depresjon, kan helsepersonell hjelpe dem, men det kan ta tid og er en vanskelig oppgave. Av den grunn og med tanke på min nært forestående jobb som sykepleier i kommunehelsetjeneste, ønsket jeg å studere temaet mer inngående for å finne ut hvordan jeg som sykepleier kan hjelpe denne pasientgruppen. Jeg har formulert problemstillingen slik: «Hvordan kan sykepleier etablere et tillitsforhold med kvinnelige pasienter med depresjon?

1.1. Problemstilling

Hvordan kan sykepleier etablere et tillitsforhold med kvinnelige pasienter med depresjon?

1.2. Avgrensning

I oppgaven min vil jeg skrive om hvordan sykepleier kan etablere kontakt med pasienter med depresjon og hvilke metoder som kan være effektive for å bygge tillitsfulle relasjoner.

Pasientgruppen jeg har valgt å skrive om er kvinner. Dette er fordi det er dobbelt så mange kvinner som får depressive lidelser enn menn ifølge forskning utført i Sogn og Fjordane (Kringler, Torgersen, & Cramer, 2006, s. 715). Aldersgruppe jeg fokuserer på er 18-60 år som bor hjemme med familien eller alene og får bistand av psykisk helseteam.

De kvinnene jeg velger å skrive om har lett til moderat grad av depresjon, er mentalt klare og fysisk oppegående. Jeg valgte å legge vekt på sykepleier-pasient-felleskapet gjennom etablering av menneske-til-menneske forhold. I oppgaven bruker jeg både «pasient» og «bruker» om hverandre.

2. Metode

Fremgangsmåten man systematisk benytter for å samle informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling kalles metode. Formålet med kapitlet er å gjøre rede for hvordan man har gått frem i sitt arbeid med informasjonsinnhenting til sin problemstilling.

2.1. Litteraturstudie som metode

Bacheloroppgaven min er en litteraturstudie. Definisjonen av en litteraturstudie er gitt ved:

«Velger man å foreta en litteraturstudie, setter man seg inn i metodene som benyttes i de vitenskapelige artiklene man inkluderer. I en litteraturstudie bruker man data som er samlet inn av andre, sekundærdata. Sekundærdata er data en finner i bøker, tidsskrifter, databaser og lignende.»
(Thidemann, 2015, s. 77)

I et litteraturstudie systematiserer man informasjon fra skriftlige kilder. Man samler inn, går kritisk gjennom og tilslutt sammenfatter det man har funnet i kildene som er interessant for saken.

Formålet er å gi leseren et oversiktlig innblikk i og forståelse av kunnskapen for det fagområdet som ligger til grunn for problemstillingen. Den skal også gjøre rede for hvordan man har kommet frem til denne kunnskapen (Thidemann, 2015)

Det man kommer frem til i en litteraturstudie skal vises i en tematisk presentasjon av funn og resultater. Man skal kunne nyttegjøre seg av sitater fra de artiklene for å underbygge presentasjonen sin. (Thidemann, 2015)

2.2. Søk etter litteratur

I min oppgave brukte jeg tre typer kilder pensum- og faglitteratur, forskningartikler og vitenskapelige internettsider. For å finne relevant litteratur har jeg brukt Oria.

Pensumbøker som jeg har benyttet meg av er: «Jobb kunnskapsbasert!» og «Metode og oppgaveskriving» Disse bøkene gir innsikt i hvordan man søker etter informasjon i ulike kilder for å finne den nøyaktige og de mest relevante artiklene for mitt tema.

«Helt – ikke stykkevis og delt» er skrevet av professor i psykiatrisk sykepleie Jan Kåre Hummelvoll, et verdiuttrykk for psykiatrisk sykepleie og psykisk helse, som først ble publisert for 30 år siden.

«Bære eller bryte» av Røkenes og Hanssen og «Kommunikasjon i relasjoner» av Eide og Eide er sentrale bøker som ble brukt i helsefaglig utdanning gjennom 20 år. De handler om kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker.

Annen faglitteratur jeg har benyttet i oppgaven min er «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» av Joyce Travelbee som er en av de mest kjente sykepleieteoretikerne. Boken er fortsatt står sentralt i norsk sykepleieutdanning.

2.3. Søkeprosessen og valg av forskningsartikler

Databaser som jeg har brukt er Academic Search Elite inkludert Medline og CINAHL.

Jeg brukte rammeverket PICO for å hjelpe meg til å strukturere spørsmålet og å finne riktige ord for søkeprosessen. Følgende søkeord ble brukt: depresjon, voksne, kvinner, sykepleier, tillit, relasjoner, stigma. For å finne engelske synonymer som jeg kunne bruke for å søke i internasjonale databaser, benyttet jeg Svemed +. Jeg har kombinert søkeordene på forskjellige måter. I kombinert søket brukte jeg ord OR og AND, og begrenset jeg søket mitt med NOT. For å finne nyere forskning begrenset jeg valg av forskningsartikler fra 2008 til 2018. Vedlagt til oppgaven ligger skjema med søkehistorie samt med liste med MESH -ord som ble benyttet.

Alle forskningsartiklene som jeg har benyttet i oppgaven min er kvalitative studier, og har stor relevans og aktualitet i henhold til min problemstilling.

Forskningsartiklene som jeg har valgt å bruke i oppgaven min er:

«Relational barriers to Depression Help-Seeking in Primary Care» av Kravitz, Paterniti, Epstein, Rochlen, Bell, et al. (2011).

«Self-stigma of depression for women» av Oakley, Kanter, Taylor og Duguid. (2011)

«Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten» av Halvorsrud, Pahr og Kvarme (2014).

«Qualitativ study of patients' perceptions of the quality of care for depression in general practice» av Gask, Rogers, Oliver, May og Roland (2003).

Jeg synes at disse artiklene er relativt nye (foruten den siste). De er skrevet av anerkjente og pålitelige forskere, publiserte i vitenskapelige tidsskrifter. Temaene som var tatt opp i artiklene er relevante for oppgaven min. En av artiklene er skrevet på norsk og forskning foregikk i Norge, og de andre fire er på engelsk og var utført i USA eller Storbritannia. Det kan ligge en viss svakhet i å bruke denne artikkelen, ikke fordi det er stor forskjell mellom disse landene kulturelt, men fordi helsevesenet blir drevet ulikt. Jeg mener derfor at funn her lett kan overføres til norske forhold.

«Det å velge internett som kilde er stadig mer utbredd». (Stordalen & Støren, 2004, s. 69) En må være kritisk til det materialet man finner, det er liten eller ingen kvalitetskontroll. Jeg har brukt nettstedet som lovdata.no og helsebiblioteket.no. Det er pålitelige offisielle sider. På nettstedet helsebiblioteket.no brukte jeg sjekklister for vurdering av forskjellige typer av vitenskapelige artikler.

I idunn.no som er publiseringsplattform for norske fag- og forskningsskrifter har jeg funnet flere relevante artikler. Etter jeg har leste overskrifter og sammendrag har jeg valgt «Hjemmesykepleieren i møte med nedstemte pasienten»

3. TEORIDEL

3.1. Depresjon. Årsaker og symptomer

«Depresjon kan defineres som en subjektiv opplevelse hos deprimerte personer, og som et klinisk syndrom som defineres av subjektiv opplevelse, observert atferd og ved mønsteret av symptomer og tegn.» (Hummelvoll, 2012, s. 194)

Depresjon rammer folk i alle aldersgrupper og i alle samfunnslag. Det fins mange typer depresjon. De er forskjellige i varighet og intensitet, tilbakefall og grad av symptomer.

Ifølge Kringler (2012) kan depresjon bli forårsaket av faktorer som genetisk disposisjon, miljøfaktorer, neurokjemisk reaksjoner, psykologisk tap eller stress, eller kombinasjon av noen av disse (Kringlen, 2012). Årsakene til at det er dobbelt så mange deprimerte kvinner som menn mangelfulle, skriver Heifner (referert i Hummelvoll, 2012, 203). Likevel knyttes depresjon til sosiale og kulturelle faktorer: passivt og avhengig atferdsmønster, mulig tidlig seksuelt overgrep, fokusering på depressive følelser, lav selvaktelse knyttet til utseende, tap av karrieremuligheter og manglende finansiell og emosjonell støtte, ansvar for de byrdefulle sidene ved ekteskap og barneoppdragelse (Heifner, ref. i Hummelvoll, 2012, s. 203).

Risiko for å utvikle depresjon kan øke av forskjellige faktorer: fattigdom, arbeidsledighet, belastende livshendelser som for eksempel brudd i forhold, dødsfall, samt fysisk sykdom eller påvirkning fra alkohol/narkotika (World Health Organization, 2017).

Lav selvaktelse, tristhet og pessimisme er mest vanlige symptomer av depresjon. Kraftløshet, nedsatt psykisk og fysisk energi til å utføre daglige gjøremål er svært vanlig. Den deprimerte føler seg utslått og med en følelse av håpløshet. De kroppslige funksjonene kan også forandres, ikke bare de psykiske, (Hummelvoll, 2012) Det kan dreie seg om søvnforstyrrelse, nedsatt appetitt, hodepine, magesmerter eller forstoppelse. Man ser ofte nedsatt selvfølelse og konsentrasjonsevne, følelse og skyld.

Utrøstelig tristhet, verdiløshet og manglende håp for framtiden, psykomotorisk hemning kjennetegner ofte depresjonen. Pasient med dyp depresjon kan være mindre eller mer deprimert avhengig av tid i løpet av dagen (dette kalles døgnvariasjon) (Skårderud, Haugsgjerd, & Stanicke, 2010).

Pessimismen og tristheten følges vanligvis med dårlig selvbilde. Det er vanskelig å ta en beslutning, man kan føle seg fullstendig hjelpeløs eller apatisk. Sexlysten er vanligvis borte eller veldig redusert. Det er vanskelig å konsentrere seg, man blir oppfattet distre (Kringlen, 2012).

3.2. Lokalbasert psykiatrisk sykepleie

«Hensikten med psykiatrien er å verne om både pasientens og samfunnets helse» (Skårderud, Haugsgjerd, & Stanicke, 2010, s. 39). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern sier at *«med psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever»* (Psykisk helsevernlov, § 1-2).

Ifølge lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 1-3, bestemmer kommunene selv hvordan de vil organisere tjenestene. Loven sier at kommunene bør utføre helsetjenester på forsvarlig og hensiktsmessig måte. (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011)

Mål for den lokalbaserte helsetjenesten er å sørge for at for at den enkelte pasient, ut fra vedkommendes situasjon og behov, bli mest mulig selvhjulpent og integrert i samfunn og nærmiljø, å skape et godt samarbeidsklima, å prøve å sikre kontinuitet i tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Det er svært forskjellig hvordan de ulike kommunene håndterer dette. Organisering av tjenester til slike pasienter varierer med kommunenes størrelse og geografi. Store kommuner har flere forskjellige tjenester med mange yrkesgrupper.

Psykiatrisk sykepleie samarbeider med alle tjenester innen helse- og sosialetaten i kommune samt skoler, barnehager og NAV. Det er viktig å sikre god flyt i informasjonen mellom disse samarbeidspartnere (Hummelvoll, 2012).

Ifølge Hummelvoll (2012) finnes det fem prinsipper av lokalbasert psykiatrisk helsearbeid. Først må man undersøke og analysere og revidere en lokalsamfunnsprofil. Det vil si at man må finne ut skjulte og erkjente behov for folk i lokalområdet (Hummelvoll, 2012).

Neste oppgave er å motvirke ubalanse i psykisk helse. Dette forutsetter forebygging av psykiske helseproblemer for alle grupper i et lokalsamfunn. Man må skape helhet i alle tilbud uansett hvilke livsstadier man befinner seg i.

Stimulering av aktiviteter som fremmer mental helse er den tredje viktige funksjonen av lokal psykisk helsetjeneste. Her viktig at man bidrar til å danne sosiale nettverk, fremmer sosial støtte og bygger på folks tiltro til seg selv.

Psykiatriske sykepleieren må hjelpe til å skape endringer på individ-, på familie-, og samfunnsnivå. Dette heter terapeutisk tilnærmings. Praktisk er det knyttet til synliggjøring av psykiske helsespørsmål, fremming av psykisk helse hos eldre, barn og ungdom.

Det femte prinsippet av lokalbasert psykiatrisk sykepleie er politisk påvirkning på lokalt og nasjonalt nivå. Psykisk helse i befolkningen er i stor grad avhengig av politiske beslutninger. Nasjonale beslutninger må gjøres lokale og omsettes i praksis.

3.3. Interaksjonsteori av Joyce Travelbee

Travelbee sin interaksjonsteori er basert på det å forholde seg til enkeltindividet som **en** unik person. Ifølge Travelbee, lidelse er en del av livet. Men selv om det er fellesmenneskelige erfaring, vil den enkeltes opplevelse av lidelsen være høyst personlig. (Travelbee, 2011)

Travelbee definerer sykepleie «*som en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene*» (Travelbee, 2011, s.29).

Travelbee hevder at sykepleierens mål og hensikt kan oppnås gjennom etableringen av et virkelig menneske-til-menneske forhold mellom pasient og sykepleier. Et slikt forhold etableres ifølge henne gjennom en interaksjonsprosess i flere faser: det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati, sympati, etablering av gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2011).

Kommunikasjon, ifølge Travelbee, er et av sykepleierens viktigste redskap for etablering av menneske-til-menneske forhold. Kommunikasjon hjelper sykepleieren å bli kjent med pasienten personlig (Travelbee, 2011).

Travelbee bemerker at et kjennetegn ved en profesjonell sykepleier er en evne «å bruke seg terapeutisk». Det vil si å bruke sin egen personlighet på en hensiktsmessig og bevisst måte i samhandling med pasienten for å fremme en ønsket forandring hos pasienten (Travelbee, 2011).

3.4. Utvikling av sykepleier-pasient-felleskapet

Sykepleier-pasient-felleskapet bygger på en helhetlig og eksistensiell-humanistisk tenkning. Ifølge Hummelvoll innebærer denne modellen 4 faser: forberedelse-, orienterings-, arbeids- og avslutningsfase.

I forberedelsesfasen har sykepleieren og pasienten ennå ikke møtt hverandre. Denne fasen innebærer at sykepleier ser gjennom pasientens journal. Videre må sykepleieren planlegge praktiske forhold til første møtet. Fordommer og feil oppfatninger av psykiatriske pasienter må ikke forekomme, da dette skaper engstelse og usikkerhet.

Det er i orienteringsfasen det første møtet finner sted. Pasienten i denne fasen befinner seg gjerne i en spent følelsesmessig tilstand. Derfor vil vedkommende være spesiell følsom for de holdninger han møter hos sykepleieren. Hvis sykepleier møter pasienten med en åpen og aksepterende holdning, er muligheten stor for at hun selv vil svare med åpenhet. Sykepleieren må prøve å skape en atmosfære av tillit, forståelse og åpen kommunikasjon. I denne fasen søker man å bli kjent med pasientens tanker, følelser og atferdsmønstre og å identifisere hennes aktuelle behov og problemer.

I arbeidsfasen blir hovedarbeidet gjort. I felleskap ser man på problemutløsende faktorer og arbeider med å øke pasientens selvinnsett: forståelse og erkjennelse av egne problemer og egne muligheter og ressurser, virkning av disse på atferd og selvoppfatning, forståelse av tidligere erfaring i løysing av sine problemer, kartlegging av hvordan han ønsker å ordne livet for å oppnå større tilfredshet i det daglige.

I den siste fasen er kontaktforhold godt etablert og det kan være vanskelig å bli ferdig med den. Pasienten kan kjenne seg avvist eller frustrert. Det er viktig å ta frem disse reaksjonene og diskutere dem med pasient. Gradvis nedtrapping av kontaktforholdet er bedre for pasienten (Hummelvoll, 2012).

3.5. Tillit i relasjoner

«Tillit og mistillit er grunnleggende holdninger i et menneskes personlighet, og slike grunnholdninger påvirker mange andre psykologiske dimensjoner» (Håkonsen, 2009, s. 47).

Tillit er en grunnleggende verdi og er viktig i sykepleierens omsorg. Tilstedeværelse av tillit er uunnværlig. Det er verdifullt i seg selv, uavhengig av ens egen personlige vurdering. Tillit er naturlig og en del av hverdagslivet. Normalt møter mennesker hverandre med tillit. Vi tror på forhånd at alle

mennesker sier sannheten, før vi avdekker løgn. På forhånd tror vi hverandres ord, på forhånd har vi tillit til hverandre.

Eide og Eide skriver: «*Det er en viktig oppgave for sosial- og helsearbeidere å styrke tilliten i relasjoner med pasienter*» (Eide og Eide, 2007, s.58). Ofte har deprimerte pasienter svekket grunnleggende tillit eller ødelagt tillit på grunn av forskjellige livshendelser. Da er det viktig for mennesket å etablere tillitsfulle relasjoner med en hjelper som kan styrke håp og vise støtte i vanskelige situasjoner. Dette kan vi sykepleiere gjøre, med å gi god omsorg, fremme pasientens sosiale, «være til stede», lytte og forsyne (utøve) nødvendig hjelp, vise optimisme og vei framover . Ved å vise tillit til en helsearbeider, viser pasienten sin sårbarhet, men han gjør det fordi han antar at han skal få nødvendig hjelp av personalet som har riktig kompetanse og ønsker han bare vel. (Eide og Eide, 2017).

4. Funn i forskning

“Relational Barriers to Depression Help-Seeking in Primary Care” er en studie av Kravitz, Paterniti, Epstein, Rochlen, Bell, Cipri, Garcia, Feldman, og Duberstein (2012) som tar for seg hva slags barrierer som kan føre til at pasienter kan bli motvillige til å søke hjelp eller formidle sine opplevelser av sykdom til de primære omsorgsarbeidere.

Studien foregikk i 3 byer i USA der 146 engelsk-talende deltakere i alder mellom 25 og 64 år ble valgt ut, med «førstehåndskunnskap» om depresjon. Metoden som ble brukt var gruppeintervju. Deltakerne ble delt i 12 fokus grupper, og etter signering av informert samtykkeskjema, ble medlemmene i gruppen intervjuet i 75-110 minutter. Alt ble digitalt innspilt. Digitale opptak vart transkribert linje for linje og vurdert for nøyaktighet av forskergruppedlemmer. Resultatene var presentert til studieteamet og vurdert for teoretisk og klinisk relevans.

Det ble påvist at deltakerne identifiserte noen organiseringsbarrierer for å søke hjelp, slike som vanskeligheter med å få tilgang til omsorgstjenester, manglende helsepersonell, og så videre. Men deltakere presiserte også tre vesentlige relasjonelle barrierer: bekymringer for kompetansen til helsepersonell, manglende åpenhet og tillit.

Artikkel «The Self-stigma of Depression for Women» av Oakley, Kanter, Taylor og Duguid, ble publisert 2011 i “International Journal of Social Psychiatry”.

Hensikten med studien var å prøve å finne ut og vurdere selv-stigmatiserende tanker om depresjon av deprimerte arbeidsaktive kvinner med lav inntekt.

Utvalget var gjort gjennom «targeting sampling» metode for å rekruttere kvinner for undersøkelse. De kriteriene som blei brukt i studien var: alder 18-50, nåværende arbeidsstilling eller stilling i løpet av de siste 6 måneder, tilgang til offentlig helse- tjenester, og om kvinnene kunne flytende engelsk. Det siste utvalget bestod av 49 kvinner. Alle opplysningene har blitt samlet inn ved hjelp av individuelle ansikt-til-ansikt interaksjoner med studiens deltakere. Alle kvinnene signerte samtykkeskjemaer for deltakelse. Deretter fullførte de studiens spørreskjema og var med på audio-visuelle gruppeintervju i lag med andre deltakere.

Forfattere har funnet ut at depresjon og selv-stigmatisering trolig var positivt korrelert. Mer enn 37,5% av kvinnene i studien innrømmet at de ville gjerne gjøre alt de kunne for å skjule det faktum at de hadde depresjon. Mer enn 55% indikerte at den personen som de normalt ville betro depresjonen sin til var deres beste venn. Flertallet eller ca. 80% sa at de ikke ville valgt å avsløre sin personlige depresjon til en profesjonell helsearbeider. Undersøkelsene viste også at de hvite kvinnene som nylig hadde besøk av helsearbeider, hadde høyere nivå av selv-stigmatisering.

Forskerne mente at kvinner som føler seg deprimerte bevisst gikk inn for å skjule sin «hemmelige» depresjon med håp om å unngå publisitet rundt sin diagnose.

«Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten» av forskere Halvorsrud, Pahr og Kvarme publisert i «Sykepleien Forskning» i 2014.

Hensikten med studien var å beskrive hjemmesykepleiernes oppfatninger av pasienter med depressive symptomer, og tiltakene som kan bli utført av en hjemmesykepleier innenfor hjemmesykepleiers behandlingsrom.

Ti norske kvinnelige hjemmesykepleiere (30-56 år), som har jobbet i hjemmesykepleie i 1,5-16 år, minimum i 50% stilling, ble valgt ut til å delta i undersøkelsen.

Forskerne brukte kvalitativt beskrivende forskningsdesign med semistrukturerte intervjuer med 8 åpne spørsmål til deltakerne. De fant at hjemmesykepleierne gjennom sitt daglige arbeid med pasientene kunne avdekke depresjon hos den enkelte bruker. De kunne tidlig sette inn enkle tiltak som for eksempel dagligdagse samtaler med brukerne for å redusere depressive tendenser. De ble pekt på at hjemmesykepleiernes arbeidssituasjon kunne være til hinder for kontinuitet i kartleggingen/behandlingen av slike pasienter. Resultater viser at det er kjennskap og involvering som er viktig for å se endringer i pasientens tilstand.

«Qualitative study of patients' perceptions of the quality of care for depression in general practice» av Gask, Rogers, Oliver, May og Roland, publisert i British Journal of General Practice i 2003.

Hensikten med studien var å undersøke hvordan pasienter med depresjon oppfatter kvaliteten av omsorgen de fikk fra lege.

Undersøkelsene ble utført gjennom målrettet innsamling av semi-strukturerte intervju av 27 pasienter.

Resultater viser at omsorgskvalitet når det gjelder depresjon er avhengig av god kommunikasjon mellom lege og pasient. Pasienter med depresjon har ofte vanskeligheter å diskutere problemene sine med lege. Det er også lite sannsynlig at denne pasientgruppen vil være aktive når det gjelder å oppsøke profesjonell hjelp. For eksempel kan det å komme på fastsatte oppfølgingsmøter «koste mye», spesielt når pasientene er usikre på om depresjon kvalifiserer som «lovlig» årsak til møte med lege. Pasientene aksepterer ofte omsorg som ikke er profesjonell standard. Dette på grunn av lave forventninger til helsetjenesten generelt, eller på grunn av lav oppfatning om sitt egenverd. Denne artikkelen er kanskje noe gammel (2003, Storbritannia), men jeg finner den spesielt interessant fordi 60% av deltakerne var middelaldrende kvinner (21-60 år).

5. DRØFTING

«Drøftingsprosessen innebærer analyse, vurdering og tolkning av funnene» (Dalland, 2018).

5.1. utfordringer i kontaktetablering til deprimerte personer

Det er en utfordring for sykepleiere å skape tillitsrelasjoner til pasienter med depresjon, og dette kan ha stor betydning for kvalitet av sykepleie. En sykepleier møter ofte deprimerte pasienter. Depresjon kan være primær sykdom eller bli en konsekvens av en somatisk sykdom. Derfor det problem å etablere tillitsfulle relasjoner med deprimerte pasienter er veldig aktuelt, spesielt med kvinnelige brukere. Sykepleier må tilstrebe å etablere kontakt med pasienten og hjelpe ham gjennom en eventuell depressiv fase med minst mulige plager/skader(Hummelvoll, 2012).

I min praksis både i somatisk avdeling og i psykisk helsetjeneste har jeg møtt pasienter med depresjon, og jeg kunne se at det kunne være vanskelig å samarbeide og å utføre sykepleie for disse pasientene. Jeg opplevde liten samarbeidsvilje, og det kunne være vanskelig å gi medisin og å fremme aktivitet. Samtidig så jeg at så snart noen av personalet greidde å «knuse veggen» av likegyldighet og mistillit, så forandret situasjonen umiddelbart. Pasienten ville gjerne ta imot medisiner og den sykepleieren fikk «innpass» hos pasienten.

Depresjon følges ofte med tilbaketrekking og sosial isolering. Det er mange sykdommer som kan føre til en slik tilstand, og resultatet er nesten alltid isolering og unngåelse av interaksjonen med andre mennesker (Hummelvoll, 2012). Dette forårsakes av symptomer som lav selvaktelse, lav selv-følelse,

følelse av skyld, forandret tidsopplevelse (Løkensgard, 2001). Gask et al. fant ut at mange deprimerte pasienter ikke torde å legge beslag på legens tid på grunn av at de synes det å ha depresjon ikke var god nok grunn å gjøre det. Dette kan være på grunn av symptom som lav selvaktelse (Gask et al., 2003).

En av de relasjonelle barrierene som kan hindre pasienter med depresjon, særlig kvinner, fra å søke hjelp og etablering av kontakt med, er selvstigmatisering (Kravitz, et al., 2011). Stigmatiering er diskriminerende eller negative holdninger som andre har overfor et menneske som er forskjellig, mens selvstigmatisering er et fenomen når dette mennesket aksepterer troen og fordommene andre har om han og vedkommende identifiserer seg med dem (Dybvig, Johannessen, Kjær, Lyngstad, & Thorsen, 2004). Hører vi overflatisk, passivt eller selektivt på pasienten, fremmer det selvstigmatiserende tanker og dermed forverrer vi situasjonen for den deprimerte. Dette har jeg erfart i egen praksis. Jeg fulgte en deprimert kvinne til legekantoret. Da observerte jeg at selv om legen var svært imøtekommende, gikk pasienten ut fra kontoret like deprimert. «Han bare prata og prata og hørte ikke på meg, jeg hadde ikke sjanse å si noe...», sa pasienten. Pasienten ble bare en passiv lytter. Hun fikk ikke sjanse til å reflektere eller uttrykke seg på noen måte. I stedet for å virke støttende eller helbredende hadde dette besøket bare forverret de selvstigmatiserende tankene hos pasienten.

For meg var det spesielt interessant at selv om studien «The self-stigma of depression for women» ikke definerer årsaker til hvorfor kvinner foretrekker å holde deres depresjon hemmelig, finner det at kvinner som nylig hadde hatt kontakt med helsearbeider var mer selvstigmatiserende enn de som ikke hadde hatt slik kontakt. Dette er enda en grunn til at kompetanse og personlige egenskaper hos helsearbeider har stor betydning for etablering av kontakt med kvinnelige pasienter (Oakley et al., 2012).

Ofte påpekte de depressive at de hadde vanskeligheter å åpne seg emosjonelt til den aktuelle helsearbeideren. De hadde lyst å snakke, men var ikke sikre på om de snakket med var den «rette». De var redde for misforståelser (Gask, et al., 2003). Dette kan forklares av deres mentale tilstand (Hummelvoll, 2012). Det er også i tråd med det som Oakley et al.(2011) fant i sin studie «The self-stigma for women». Det viser seg at ca.80% av undersøkte kvinner velger å ikke åpne seg til helsearbeider, og 37,5% vil gjerne ikke fortelle om det i det hele tatt til noen som helst. (Oakley et al., 2012) Etter min mening kan det vere knyttet til følelse av skam som er ofte symptom ved depresjon. Særlig kan det være aktuelt for kvinner. Ifølge Hummelvoll (2012), er det mange årsaker til at kvinner blir deprimerte – blant annet byrdefulle sider ved ekteskap og oppdragelse av barn, mulig seksuell overgrep osv. (Hummelvoll, 2012). Norsk Psykologforening (2002) nevner at utilfredshet i ekteskap har stor betydning for utvikling av depresjon (Norsk Psykologforening, 2002). Da disse kan skape

skyld- og/eller skamfølelse. Utilfredshet i ekteskap er ofte vanskelig å diskutere med nær familien, og da kan det bli selvfølgelig blir endå mer vanskelig å få det opp med relativt ukjente personer.

Mangel på tid er noe som pasienter ofte opplever under møte med behandler. Det kan vi se i to kvalitative studier av Kravitz et al. (2011) og Gask et al. (2003) Deltakere av studiene uttrykker at de ofte føler at helsearbeidere ikke bruker nok tid med dem, noe som sannsynligvis påvirker deres evne å åpne seg.

Amerikansk studie «Relational Barriers to Depression Help-Seeking in Primary Care» av Kravitz et al., (2012) undersøkte potensielle utfordringer og barrierer for å søke hjelp for depresjon hos voksne med depresjon, fant en rekke av organisasjons- og relasjonelle barrierer for oppsøking av hjelp. Jeg synes at relasjonelle barrierer er det som er mest relevant og interessant for denne problemstillingen. Deltakere understreket tre relasjonelle barrierer: bekymringer om kompetanse, manglende åpenhet og tillit i relasjoner med omsorgsarbeidere. Det vil si at det er viktig for pasienter å bli sikker på sykepleierens kompetanse når det gjelder depresjon og å skape åpne og tillitsfulle forhold mellom pasient og sykepleier. Det er ikke noen selvfølgelighet som kommer automatisk, men må opparbeides og oppnås.

5.2. Kommunikasjon som redskap for å bygge tillitsfulle relasjoner

«Et av pasientene sine grunnleggende behov er å ha kontakt med mennesker. Dette gir en opplevelse av tilhørighet og dette kan oppnås via kommunikasjon eller kontakt med andre mennesker» (Nyhuus & Hovland, 2005, s. 87).

Gask et al. (2003) presiserer at det var mange pasienter som understreket hvor viktig det var for dem å bli hørt: «Han bare satt og hørte på meg, og han forsto og anbefalte meg løsninger av mine problem». Det samme kan vi finne i artikkelen av Kravitz et al. (2011) at å bli hørt og forstått var avgjørende for å etablere kontakt med behandler, spesielt for kvinner (Kravitz, et al., 2011). Mabeck (1999) forklarer detaljert hva dette betyr å bli «hørt og forstått». Han presiserer, at i praksis blir det ikke nok å bli «hørt». Ifølge han, er det viktigste at helsearbeider er flink til «å lytte» til pasienten. Å lytte betyr ikke bare å høre fysisk, men også å prøve å forstå. Han forklarer at i praksis oppstår det fleste kommunikasjonsproblemer fordi behandler er ikke god nok å lytte. Forfatteren mener at vi lytter *selektivt*, det vil si at vi hører bare det som vi forventer å høre, og tolker pasientens problem bare ut fra medisinsk perspektiv, da virker det frustrerende og hemmende på pasienten. Ofte ser pasienten den manglende interesse og oppmerksomhet non-verbalt, uten at vi kanskje ikke merker det selv. I tillegg presiserer Mabeck at man må prøve å høre på pasienter «aktivt» ikke «passivt». Det vil si at man må snakke «med pasienten» og ikke «til pasienten» (Malbeck, 1999, s. 110)

Gode kommunikasjonsferdigheter er viktig for sykepleiere for kunne etablere kontakt og stabile tillitsfulle relasjoner med pasienter med depresjon. Bekreftelse av dette har jeg funnet hos Gask et al. (2003). De angir det som resultater av studien sin, men de presiserer også at pasienter med depresjon har vanskeligheter med å diskutere sine problemer med helsearbeider (Gask, et al., 2003, s. 278). Mange pasienter med depresjon har vanskelig å uttrykke sine følelser, å formulere sine problemer klart. Dei sliter med å følge og utvikle samtale, «å uttrykke seg verbalt». Kravitz et al. gir et eksempel, at noen av deltakere i forskning forventet at behandler skulle «varme opp» samtalen før å begynne med mer sensitive diskusjoner (Kravitz, et al., 2011, s. 5). Eide og Eide (2017) hevder at god kommunikasjonen er personorientert det vil si at man må se på en pasient ikke bare som en pasient men også som på et helt menneske med sine ressurser og egenskaper (Eide & Eide, 2017, s. 16). Det samsvarer med det som sier Travelbee når hun understreker at «menneske-til-menneske forhold» er gjensidig prosess, men ansvaret for å utvikle det ligger hos den profesjonelle. Hun presiserer at sykepleier må utvikle en spesiell atferd som innebærer å oppfatte og behandle pasienten som et helt og unikt menneske (Travelbee, 2011, s. 178).

5.3 Sykepleier-pasient-felleskapet gjennom menneske-til-menneskeforhold

Med å komme nærmere pasienten og utvikle tillitsfulle relasjoner kan sykepleieren bli i stand å utføre riktige sykepleietiltak og påvirke pasientens tilstand. Løkensgard mener at sykepleiere kan dempe pasientenes plager, gi dem opplevelse av forståelse og støtte, styrke deres selvtillit og ivareta sikkerhetsbehov, samt å gi deres pårørende nødvendig avlastning (Løkensgard, 2001, s. 205). I tillegg finner vi hos Røkenes og Hanssen (2002) at kvaliteten av relasjoner mellom pasient og fagperson har stor betydning på utfall av behandling. I følge dem virker «den terapeutiske alliansen» som en god terapiforutsetning eller har helbredende effekt i seg selv (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 21).

Travelbee presiserer at *«hovedkjennetegnet ved menneske-til-menneske forhold er at den syke får sine behov ivaretatt»* (Travelbee, 2011, s. 29). Ifølge henne er sykepleie en mellommenneskelig prosess. Det vil si at gjennom utføring av sykepleie tilfredsstiller vi et av menneskets grunnleggende behov.

Travelbee understreker at sykepleier kan oppnå sitt mål gjennom etablering av menneske-til-menneske forhold som er en viktig del av pasient-sykepleier interaksjonen. Hun skriver at det er viktig for sykepleier «å se mennesket» i pasienten ellers blir ikke omsorgen personlig (Travelbee, 2001). Hummelvoll (2012) har valgt uttrykket «sykepleier-pasient-felleskapet» for å beskrive den samme relasjonen. Han ser på det som et møte mellom to helhetlige mennesker, der pasient har behov for hjelp og sykepleier har mulighet å hjelpe. Begge teoretikere peker på at utvikling av

relasjoner er gradvis. Samtidig fokuserer Hummelvoll på mer praktiske forhold som kartlegging, planlegging, identifisering av pasientens aktuelle behov og problemer, formulering av mål og samhandling med pasient. Travelbee markerer at etablering av gode emosjonelle relasjoner mellom sykepleier og pasient er viktig. Hun sier at det er utviklingen av empatisk forståelse som fører til opplevelse av nærhet og kontakt mellom pasient og sykepleier (Travelbee, 2001).

Hummelvoll (2012) skriver at terapeutiske tilnærminger og stimulering av aktiviteter som fremmer helse er to av de viktigste prinsippene av lokalbasert helsetjeneste. Det er ikke mulig å oppnå fremgang her uten etablering av tillitsfulle relasjoner med brukere. Når vi kommer på besøk til deprimerte kvinner må vi først forstå at når en pasient viser tillit til en helsearbeider, viser hun også sin sårbarhet. Spesielt gjelder det kvinnelige pasienter med depresjon (Hummelvoll, 2012).

Ut fra mine erfaringer i praksis har helsepersonell i lokalbasert helsetjeneste god mulighet til å utvikle emosjonelt engasjement på grunn av de kjenner godt pasientene og følger dem opp over lang tid. Nyere forskning viser at kjennskap til pasienter og kontinuitet i arbeid har stor betydning for denne pasientgruppen. Det går i tråd med Eide og Eide (2017) som skriver er det mange måter å etablere tillitsfulle relasjoner og å vise empati og forståelse til nedstemte pasienter (Eide & Eide, 2017). Av og til er det nok bare å være til stede. I min praksis opplevde jeg at det ikke finnes en universell oppskrift. En deprimert kvinne var veldig glad viss jeg kunne sitte med henne mens hun røykte, andre satte stor pris på om jeg kunne være med på handletur.

Dette samsvarer med Travelbee som sier at alle kontakter sykepleier har med det mennesket hun har omsorg for, er et steg på veien til etablering av et medmenneskelig forhold (Travelbee, 2011, s. 172). Menneske-til-menneske forhold bygges ikke «av seg selv» men gjennom samhandling. I artikkelen «Å lage farger på livet til folk» beskriver Almvik, Sagsveen, Olsø og Norvoll (2011) at praktisk hjelp i hverdagen kan være til stor nytte for pasient og kan fremme etablering av menneske-til menneske forhold (Almvik et al., 2011, 158). Liknende påstander finner vi hos Løkensgard (2001) som sier at oppmuntring og/eller tilrettelegging til personlig stell, med innkjøp og tilbereding mat og så videre, oppleves som god støtte og virker positivt på etablering av gode relasjoner til den deprimerte. (Løkensgard, 2001, s. 210) I min praksis erfarte jeg dette. Min oppgave var å hjelpe en kvinnelig pasient med depresjon med husarbeid. Mens jeg var tilstede i leiligheten hennes, pratet vi mye. Vi avtalte at vi skulle gå turer sammen. Det gjennomførte vi. Resultatet var at vi utviklet en god relasjon. Vi har avtalt til og med at jeg skulle bli støttekontakten hennes etter endt praksisperiode og ferdigstilt bacheloroppgave. Det eksempelet viser tydelig hvordan det er mulig å etablere gode relasjoner gjennom utføring av praktisk hjelp og samhandling blant annet fysisk aktivitet.

I artikkelen av Halvorsrud et al. (2016) finner vi hvor viktig er å bruke tid med deprimerte pasienten med tanke på å bygge felleskapet (Halvorsrud, Pahr, & Kvarme, 2014) Det går i tråd med Kravits et al. (2011) og Gask et al. (2003). De slår fast at pasienter setter stor pris at vi bruker tid på dem og det må vi ta i betraktning i vår praksis. Dette samsvarer med Travelbee som skriver at etablering av menneske-til menneske forhold trenger tid og kan foregå i ulike tempo (Travelbee, 2011, s. 172) Hummelvoll og presiserer at pasienter har forandret tidsopplevelse. Dette må behandler være seg bevisst og være forberedt på å bruke mer tid med en deprimert pasient enn med «vanlige» pasienter. (Hummelvoll, 2012, s. 207) Han deler etablering av forhold i 4 faser: forberedelse-, orienterings-, arbeids- og avslutningsfase. Etter min opplevelse i praksis, fikk jeg forståelse at det er i arbeidsfasen det forekommer store variasjoner i tidsbruken. I praksis har jeg sett at å etablere felleskapet med noen pasienter ikke tok mer enn to uker med korte kontinuerlig besøk, mens med andre fikk jeg god kontakt bare i andre del av praksis når jeg gav dem det som norsk forskning av Halvorsrud et al. (2016) kaller «det lille ekstra»-tiltak. Det vil si at jeg brukte litt mer tid på samtaler med pasienter eller for praktisk hjelp. Tidsbruk og kontinuitet er noe som kan være viktig å ta i betraktning i forhold til organisering og godt utbytte av lokalbasert psykiatrisk sykepleie.

6. KONKLUSJON

Å jobbe med dette temaet har vært en spennende og utfordrende prosess. Gjennom oppgaven forsøkte jeg å svare på problemstillingen min «Hvordan kan sykepleiere etablere et tillitsforhold med kvinnelige pasienter med depresjon?

Det som jeg fant ut er at kontaktetablering med pasienter med depresjon kan være komplisert og det kan være svært vanskelig å oppnå tillit hos denne pasientgruppen. Å oppnå gode menneske-til-menneske forhold, å etablere tillitsfull kontakt via felles aktivitet og samarbeid med pasienten blir viktige element i dette arbeidet. Relasjonsbygging er en lang og innviklet prosess, som vil ha tid, kontinuitet, innsikt og tålmodighet i alle konkrete tilfeller. Oppnåelse av mål – sykepleieren sine pedagogiske mål, eller en pasient sine mål er ikke mulig å oppnå uten å etablere god kontakt med pasienten. Kontakten skal være under kontrollert utvikling og fører i dette tilfelle til gode relasjoner med pasienten. Det vil si at etablering av kontakt med pasient er sykepleiers primæroppgave. Det må planlegges godt og tilrettelegges grundig. Oppnåelse av mål blir en sekundær effekt, eller en konsekvens som oppstår på grunnlag av de etablerte relasjonene. Kunnskap i kommunikasjon er veldig viktig for sykepleiere som jobber med disse pasientene. Samtidig sykepleierens positive emosjonelle engasjement i pasientens liv – etablering av menneske-til-menneske-forhold, har en stor betydning for resultatet i løsning av sykepleierens pedagogiske målsettinger, det vil si å bygge

fellesskapet med pasientene. Som litteratur og forskning viser sykepleier personlig innsats – «å gi det lille ekstra» er en viktig ressurs for de deprimerte pasientene. Dette kan på et vis viske bort barrierene som oppstår i et hvert arbeid med pasienter med depresjon. Kombinasjon av kunnskap om sykdom, relasjonsetablering og metoder for samarbeid vil føre til vellykket kontaktetablering, i utvikling av sykepleier-pasient-fellesskapet og tillitoppnåing.


Bibliografi

- Almvik, A., Sagsveen, E., Olsø, T., Westerlund, H., & Norvoll, R. (2011, 02). Å lage farger på livet til folk. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Hentet fra www.idunn.no/tph/2011/02/art08
- Birkeland, A., & Flovik, A. (2014). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappellen Damm AS.
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dybvig, S., Johannessen, J. O., Kjær, R., Lyngstad, G., & Thorsen, G.-R. B. (2004). *Stigma-antistigma: stigmatisering av mennesker med psykiske lidelser og hvordan stigma kan bekjempes*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gask, L., Rogers, A., Oliver, D., May, C., & Roland, M. (2003, April). Qualitative study of patient's perceptions of the quality of care for depression in general practice. *British Journal of General Practice*, 278-283.
- Halvorsrud, L., Pahr, I., & Kvarme, L. G. (2014). Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten. *Sykepleien forskning*, 9(3), 244.
doi:<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0133>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kravitz, R. L., Paterniti, D. A., Epstein, R. M., Roochlen, A. B., Bell, R. A., Cipri, C., . . . Duberstein, P. (2011). Relational Barriers to Depression Help-Seeking in Primary Care. *Patient Educ Couns*, 207-213. doi:10.1016/j.pec.2010.05.007
- Kringlen, E. (2012). *Depresjon*. Stavanger: Hertervig Akademisk.
- Kringler, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2006). Mental illness in a rural area. *Soc Psykiatry Psychiatr Epidemiol*, 41, 713-719. doi:10.1007/s00127-006-0080-0
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*, LOV-2011-06-24-30. Lokalisert 12.mai 2018, på lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*,
- Løkensgard, I. (2001). Psykiatrisk sykepleie. 7-258. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Malbeck, C. E. (1999). *Samtale med patienten. Kommunikation og forståelse*. København: Lægeforeningens forlag.

- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnhet og evidensen*. Oslo: Akribe AS.
- Norsk Psykologforening. (2002). *Mestring av depresjon: veileder i forståelse og behandling av stemningslidelser*. Oslo: Norsk Psykologforening.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Cappelen Damm As.
- Nyhuus, G. B., & Hovland, O. J. (2005). Behov for sosial kontakt og å være åleine. Seksualitet. I J. Stordalen, K. K. Grasaas, & O. J. Hovland, *Grunnleggende behov* (ss. 87-101). Oslo: Høyskuleforlaget.
- Oakley, L. D., Kanter, J. W., Taylor, J. Y., & Duguid, M. (2012, September). The self-stigma of depression for women. *International Journal of Social Psychiatry*, 58 (5), 512-520. doi: doi: 10.1177/0020764011409820
- Pettersen, C. R. (2008). *Oppgaveskrivingens ABC - veileder og førstehjelp for høgskilestudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røsjø, B. (2014, mai 3). Angst og depresjon koster mest. Oslo, Norge. Hentet fra <https://forskning.no/psykiske-lidelser-eu-okonomi/2014/04/angst-og-depresjon-koster-mest>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stanicke, E. (2010). *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stordalen, J., & Støren, I. (2004). *Bare skriv! Praktisk veiledning i oppgaveskriving*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- World Health Organization. (1994). *The ICD-10 The classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization. Hentet fra <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common health disorders. Global Health Estimates*. Hentet fra http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/

Vedlegg 1. Søkehistorikk

19.4.2018 Print Search History: EBSCOhost

 Thursday, April 19, 2018 1:51:19 PM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S10	(S1 AND S2 AND S3 AND S4) NOT hiv NOT prenatal NOT postnatal NOT postpartum NOT diabetes NOT cancer NOT immigrant AND trust	Limiters - Published Date: 20000101-20181231; Language: English, Norwegian, Russian; Geographic Subset: Australia & New Zealand, Canada, Continental Europe, Europe, UK & Ireland, USA; Sex: Female; Age Groups: Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Elite;CINAHL with Full Text;CINAHL;MEDLINE	31
S9	(S1 AND S2 AND S3 AND S4) NOT hiv NOT prenatal NOT postnatal NOT postpartum NOT diabetes NOT cancer NOT immigrant AND mother AND mothers	Limiters - Published Date: 20000101-20181231; Language: English, Norwegian, Russian; Geographic Subset: Australia & New Zealand, Canada, Continental Europe, Europe, UK & Ireland, USA; Sex: Female; Age Groups: Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Elite;CINAHL with Full Text;CINAHL;MEDLINE	16
S8	(S1 AND S2 AND S3 AND S4) NOT hiv NOT prenatal NOT postnatal NOT postpartum NOT diabetes NOT cancer NOT immigrant	Limiters - Published Date: 20000101-20181231; Language: English, Norwegian, Russian; Geographic Subset: Australia & New Zealand, Canada, Continental Europe, Europe, UK & Ireland, USA; Sex: Female; Age Groups: Adult: 19-44	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Elite;CINAHL with Full Text;CINAHL;MEDLINE	1,677

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?vid=48&sid=196e1157-d629-4af5-9549-ca9e300a3950%40sessionmgr101&bquery====de>

		years, Middle Aged: 45-64 years		
		Search modes - Boolean/Phrase		
S7	(S1 AND S2 AND S3 AND S4) NOT hiv NOT prenatal NOT postnatal NOT postpartum NOT diabetis NOT cancer NOT immigrant	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Elite;CINAHL with Full Text;CINAHL;MEDLINE	1,760
S6	(S1 AND S2 AND S3 AND S4) NOT hiv NOT prenatal NOT postnatal NOT postpartum NOT diabetis	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Elite;CINAHL with Full Text;CINAHL;MEDLINE	1,853
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Elite;CINAHL with Full Text;CINAHL;MEDLINE	2,556
S4	adults OR adult OR middle aged OR voksne	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Elite;CINAHL with Full Text;CINAHL;MEDLINE	8,615,955
S3	women OR woman OR female OR females	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Elite;CINAHL with Full Text;CINAHL;MEDLINE	11,785,750
S2	stigma OR stigmatization	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Elite;CINAHL with Full Text;CINAHL;MEDLINE	70,449

19.4.2018

Print Search History: EBSCOhost

S1	depression OR depressive disorder OR depressive OR major depression	Limiters - Published Date: 20000101- 20181231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Elite;CINAHL with Full Text;CINAHL;MEDLINE	655,046
----	--	---	--	---------

Vedlegg 2. Synonymsliste.

Depresjon	Depression, depressions, depressive symptoms, depressive, depressive disorder, depressive disorders, unipolar depression, bipolar depression, major depression, major depression episode, patient's views on depression.
Voksne	Adults, adult, middle-aged, midlife, reproductive-aged.
Kvinner	Woman, women, female, females, female patients, women's attitudes, women's preferences, women's perceived barriers, women's issues, mother, mothers.
Sykepleier	nurse, nurse-patient, nurse role, primary care, primary care unit.
Tillit	Trust, distrust, confidence, creating trust.
Relasjoner	Relations, relation, relationships, relationships, interpersonal relations.
Stigma	Stigma, stigmas, social stigma, social stigmas, stigmatisert, stigmatisering, self-stigma, mental health related stigma.
Kvalitativ studie	Qualitative search, survey, questionnaire.
Hjelp-oppsøking	Help-seeking, treatment-seeking, help-seeking behavior, help-seeking behaviours.
Kommunikasjon	Communication, communicate
Kontakt	Contact