



NTNU

Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Betydningen av terapeutiske relasjoner i møte med eldre deprimerte pasienter

Kandidatnummer:10097

Antall ord: 7107

Sammendrag

Problemstilling: Hvordan kan en sykepleier etablere en terapeutisk relasjon til eldre pasienter med depresjon innlagt på en alderspsykiatrisk post?

Hensikt:

Undersøke hvilke faktorer som betraktes som viktige i etablering av terapeutisk relasjon. Hvilke egenskaper og ferdigheter kreves av sykepleieren og hvilke barrierer som hindrer etablering av en terapeutisk relasjon med eldre pasienter med depresjon.

Metode:

Litteraturstudie som inkluderer åtte utvalgte kvalitative forskningsartikler artikler som omhandler sykepleiernes og pasientenes perspektiv på sykepleier-pasient relasjon og pasientenes erfaringer med å leve med depresjon

Resultat og konklusjon:

Etablering av terapeutiske relasjoner krever ofte tid og forutsetter at en relasjon er preget av bl.a. respekt, tillit, empati og medfølelse. Eldre med moderat og alvorlig depresjon er en sårbar gruppe av pasienter som fortjener at sykepleiere viser nærhet, engasjement og

Innhold

1. Innledning.....	1
1.1. Presantasjon og bakgrunn for valg av tema	1
1.2. Hensikt og problemstilling	2
1.3. Presisering og avgrensning	3
1.4. Begrepsavklaring.....	3
2. Metode.....	5
2.1. Litteratursøk og søketabell.....	5
2.2. Kildekritikk.....	9
3. Empiri.....	11
3.1. Tabell 2 Artikkelmatrise	11
3.2. Sammenfattet empiri	18
4. Teori	21
4.1. Joyce Travelbee sykepleieteori	21
4.2. Etablering av et menneske- til - menneske forhold.....	22
4.3. Kommunikasjon og empati	23
4.4. Depresjon.....	24
4.5. Eldre og depresjon.....	25
5. Diskusjon	27
5.1. Manglende livsmot og håpløshet.....	27
5.2. Betydningen av tillit i en sykepleier – pasient relasjon	28
5.2.1. Trygghet og tilgjengelighet som tillitsskapende forhold.....	28
5.3. Betydningen av empatisk forståelse i en terapeutisk relasjon til eldre deprimerte pasienter.....	30
5.4. Barrierer i sykepleier pasient relasjoner.....	31
5.4.1. Sykepleierrelaterte barrierer.....	31
5.4.2. Organisatoriske barrierer.....	32
6. Konklusjon.....	34
Referanser	35

1. Innledning

1.1. Presantasjon og bakgrunn for valg av tema

Depresjon er en utbredt psykisk lidelse og ifølge Verdenshelseorganisasjon (WHO, 2020) er mer enn 240 millioner på verdensbasis rammet av depresjon.

Lidelsen er regnet å være den ledende årsaken til den totale sykdomsbelastningen i verden (WHO, 2020).

Funnene fra Norge tilsier at depresjonen er forekommer oftere hos kvinner enn hos menn. Ifølge Folkehelseinstituttet (FHI, 2016) er det dobbelt så mange kvinner enn menn som blir utsatt for depresjon. Enkelte studier antyder også at depresjonen er noe vanligere i byer enn på landet, og viser blant annet at 24% av kvinner og 10% av menn som er bosatt i Oslo opplever depresjon.

Forekomsten av depresjon synes også å være svært vanlig blant eldre befolkningen. Sammenlignet med den øvrige befolkningen er forekomsten av alvorlig depresjon dobbelt så høy blant mennesker i aldersgruppen 70-85 år. (Norsk helseinformatikk, 2018).

Tema for denne oppgaven tar utgangspunkt i eldre mennesker innlagt som pasienter på en alderspsykiatrisk avdeling og med moderat eller alvorlig depresjon, og etablering av terapeutiske relasjoner til denne gruppe av mennesker. Bakgrunnen for valg av tema har sammenheng med at jeg har vært i praksis ved en alderspsykiatrisk avdeling og møtte mange eldre mennesker som hadde depresjon, både som hoveddiagnose og bidiagnose. I likhet med de andre menneskene er eldre med depresjon en mangfoldig gruppe som består av individer med hver sin unike livshistorie, interesser og bakgrunn. Jeg oppdaget imidlertid noen felles kjennetegn som nedsatt stemningsleie, lite interesse for omgivelsene og en overveldende gledeløshet. Hvordan etablerer jeg en relasjon til en

pasient som er tilsynelatende ikke er interessert i hverken meg eller de andre menneskene rundt seg?

Betydningen av gode relasjoner mellom sykepleier og pasient er mye omtalt i litteraturen knyttet til psykisk helsearbeid, og fremstår som en forutsetning for å oppnå gode resultater i behandlingen og ikke minst bedre livskvalitet hos pasientene (Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten, 2009).

Gjennom arbeid med denne oppgaven ønsker jeg å fordype meg i tema om relasjonsbygging til eldre mennesker med depresjon. Jeg antar at kunnskapen som jeg tilegner meg gjennom å jobbe med denne oppgaven vil gjøre meg bedre i stand til å etablere gode terapeutiske relasjoner både til eldre mennesker med depresjon, men også til andre pasientgrupper.

1.2. Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hva forskningen sier om etablering av terapeutiske relasjoner, hvilke komponenter i relasjonen betraktes som de mest essensielle, hvilke egenskaper og ferdigheter som kreves av sykepleieren og ikke minst hvilke barrierer som kan oppstå i etableringsprosessen. For å ivareta helheten har jeg valgt å belyse temaet både fra sykepleier og pasientperspektivet. Depresjon regnes også som et av de vanligste psykiske lidelser hos eldre. Jeg mener at temaet for oppgaven er svært relevant for sykepleiepraksis da sykepleiefunksjon omfatter stort sett alltid kontakt med mennesker, og relasjonsbygging er derfor en essensiell del av dette. Med tanke på hvor vanlig depresjon kan jeg anta at det er store sjanser for at jeg kan møte de eldre med depresjon uavhengig om jeg jobber i primær eller spesialisthelsetjeneste, somatisk eller psykiatrisk avdeling.

Med bakgrunn i dette har jeg valgt følgende problemstilling:

«Hvordan kan en sykepleier etablere en terapeutisk relasjon til eldre pasienter med depresjon innlagt på en alderspsykiatrisk post»?

1.3.Presisering og avgrensning

Fokuset i denne oppgaven vil være eldre pasienter med diagnose moderat eller alvorlig depresjon som er innlagt i spesialisthelsetjeneste. Jeg er klar over at flere eldre med depresjon har demens eller kognitiv svikt (Borza, Engedal, Bergh og Sælbæk, 2019). På grunn av begrensninger til oppgavens omfang valgte jeg likevel å se bort fra denne gruppen. Grunnen til at jeg valgte å fokusere på pasienter med moderat eller alvorlig depresjon er at jeg hadde mest erfaring med denne gruppen av mennesker i min praksisperiode. Når det er sagt tror jeg at spørsmålene som avklares i oppgaven vil også være relevante for etablering av terapeutiske relasjoner med eldre og voksne personer med som har andre diagnoser i tillegg til depresjon.

Samarbeid med pårørende skal sikres i alle pasientforløp, også for pasienter med depresjon (Helsedirektoratet, 2019) og kunne også blitt relevant å belyse i forbindelse med etablering av terapeutiske relasjoner til målgruppen i min oppgave. Jeg valgte likevel å ikke inkludere det i min oppgave da oppgaven måtte avgrenses.

1.4.Begrepsavklaring

De sentrale begrepene i min problemstilling kan oppfattes ulikt fra person til person, og kan dermed skape en annen betydning som det som er ment. For å unngå slike misforståelser har jeg nedenfor valgt å presentere min forståelse av begrepene.

Eldre:

Begrepet eldre blir brukt både om mennesker som er ifølge WHO (2020) defineres som eldre (60-74 år) og som gamle (over 74 år).

Terapeutisk relasjon:

Med terapeutisk relasjon menes en relasjon mellom sykepleier og pasient som har til hensikt å bidra til å forebygge, mestre eller finne mening i erfaringene med lidelse (Travelbee, 2011). I min begrepsforståelse av begrepet legger jeg Travelbee`s menneske- til menneske forholds begrepet til grunn.

Alderspsykiatrisk avdeling:

En alderspsykiatrisk døgnpost med tilbud om utredning og behandling av eldre pasienter med aldersrelaterte psykiske lidelser.

Sykepleier

En person med sykepleierutdanning fra en høyskole som har som mål at studenten skal tilegnes seg en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer, og lære å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 2011, s. 71).

2. Metode

For å belyse min problemstilling må jeg velge en metodisk tilnærming som kan bidra til å fremskaffe relevant kunnskap.

Jeg velger å bruke den velkjente definisjonen av begrepet metode til Vilhelm Aubert (1985) som presiserer at en metode er:

«En fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Aubert, referert i Dalland, 2015, s. 111)

Denne oppgaven bygger på en litteraturstudie som inkluderer et utvalg av forskningsartikler, pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, og ikke minst egne erfaringer fra praksis. En oppgave som er basert på en litteraturstudie bygger på en innsamlet, analysert og sammenfattet kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2015, s. 79).

Litteraturstudie er valgt som metode til oppgaven fordi jeg ønsker å fordype meg inn i eksisterende kunnskap om tema om depresjon hos eldre og utvikling av relasjoner, og i lys av denne kunnskapen reflektere over min, frem til nå liten, erfaring fra praksis. Dessuten er litteraturstudie en metode jeg hadde mest kjennskap til fra tidligere arbeid med ulike studentoppgaver, og følte meg derfor mest fortrolig å benytte meg av denne.

2.1. Litteratursøk og søketabell

Arbeidet med litteratursøk starter med en gjennomgang av pensumlitteratur og annen relevant litteratur (bøker og fagartikler) knyttet til emne om eldre og depresjon. Etter denne gjennomgangen hadde jeg klart for meg at jeg ønsker å belyse min problemstilling både fra pasient og sykepleieperspektiv for å forsøke å ivareta helheten i oppgaven. I tillegg var det også interessant for meg å se om pasientenes oppfatning av gode terapeutiske relasjoner skiller seg fra sykepleiernes meninger. I mitt forsøk på å belyse min problemstilling valgte jeg også å søke etter artikler som beskriver faktorer som fremmer en terapeutisk relasjon, men også barrierer som hindrer at en slik relasjon etableres. I tillegg fant jeg også ut at det var relevant å finne artiklene som beskriver de eldres

pasienter erfaringer med depresjoner da dette kunne øke min forståelse for pasientenes situasjon og opplevelse av lidelsen.

For å finne relevante forskningsartikler har jeg benyttet meg av databaser som: Svemed+, Pubmed (Medline) og Psychology and Behavioral Sciences Collection . Søketablellen som er presentert nedenfor gir en oversikt over kun de søkene har ført til artiklene som til slutt ble valgt. Før jeg kom frem til disse ble det utført et utallig antall søk. Noen av de sentrale søkeordene jeg benyttet meg av var: nurse-patient relations, nurse patient relationships, psychiatric nursing, therapeutic relationships, elderly, aged, older patients, inpatients, depression, major depression, nurses perceptions, nurses perspectives. Flere søk på disse begrepene resulterte i et stort antall av treff, (Pubmed, 28.04.20): «Psychiatric nursing» (30 402), «depression» (507 008), «nurse patient relation» (36 548), «nurses perceptions» (37 307)

For å begrense treffene var det nyttig å bruke ulike kombinasjoner av søkeordene og videre begrense med følgende inklusjonskriterier: peer reviewed, english language, publiseringen i løpet av de 10 eller 20 siste årene, fulltext. For eksempel resulterte en kombinasjon av søkeordene «therapeutic relationship» og «nurses perceptions» eller «nurses perspectives» sammen med ovennevnte inklusjonskriterier resulterte i 68 treff. Etter gjennomgang av titler til artiklene ble antallet redusert til 12. Jeg leste sammendrag på samtlige av 12 artiklene og endte med artikkelen til Scanlon (2006), «Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study».

Tabell 1 Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgensninger	Antall treff	Valgte artikler
Svemed+	28.04.2020	S1.	«Nurse patient relations» AND «depression»	Peer reviewed År 2000-2019	11	1 (A)
Pubmed (Medline)	30.04.2020	S1	«Psychiatric nursing» AND «depression» AND «nurse patient relation*»	År 2000-2019 Language: English	77	1 (B)
		S2	«Nurses perceptions» OR «nurses perspectives» AND «therapeutic relation*»	År 2000-2019 Language: English	68	1 (F)
		S3	«Older» AND «lived experience*» AND «depression»	År 2009-2019 Language: english	20	2 (C,D)
	05.05.2020	S1	«Nurses experience*» AND «therapeutic relationship» AND «barriers»	År 2009-2019 Language: english Full text Nursing Journals	72	1(E)
Psychology and Behavioral Sciences Collection	11.05.2020	S1	«Experience of therapeutic relationship» AND «mental health»	ÅR 2000-2019 Language: english Full text Peer reviewed	47	1(G)
		S2	«Relationships with professionals» AND «mental illness»	År 2010-2020 Language: English Full text Peer reviewed	35	1(H)

Inkluderte artikler:

- A. Sneltvedt, (2004). Å være i en relasjon der en opplever en annens smerte. (2004). *Vård I Norden 4/2004. Publ. No.74 Vol.24 No. 4 PP 36-40.*
- B. Moyle, (2003). Nurse-patient relationship: A dichotomy of expectations. *International Journal of Mental Health Nursing, 2003.12(2): 103-109. 7p.*
- C. Holm, Lyberg, Lassenius, Severinson og Berggren (2015). Older persons lived experiences of depression and self-management. (2013). *Mental Health Nursing, 34:757-764, 2013.*
- D. Bjørkløf, Kirkevold, Engedal, Selbæk og Helvik (2015). Being stuck in a vice: The process of coping with severe depression in late life. (2015). *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 10:1, 27187, DOI: 103402/qhw.v10.27187.*
- E. Pazargadi, Mpghadam, Khoshknab, Alijani og Molazem (2015). The Therapeutic Relationship in the Shadow: Nurces` Experiences of Barriers to the Nurse-Patient Relationship in the Psychiatric Ward. (2015). *Issues Mental Health Nursing, 2015 Jul; 36(7):551-7. doi: 10.3109/01612840.2015.1014585.*
- F. Scanlon. (2006). Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (Wiley-Blackwell), Jun 2006; 13(3):319-329. 11p.*
- G. Shatell, Starr og Thomas (2007). Take my hand, help me out» Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing, Aug 2007; 16(4): 274-84. doi: 10.1111/j.1447-0349.2007.00477.x.*
- H. Ljungberg, Denhov og Topor (2015). Non-helpful relationships with professionals - a literature review of the perspective of persons with severe mental illness. *Journal of Mental Health(Abingdon, England), Jun 2016; 25(3): 267-77. doi:10.3109/09638237.2015.1101427.*

2.2. Kildekritikk

Kildekritikk innebærer en vurdering og karakterisering av litteraturen som er benyttet. De sentrale spørsmålene som inngår i en slik vurdering er hvilken relevans og gyldighet har litteraturen i forhold til å belyse den aktuelle problemstillingen (Dalland, 2015).

Samtlige av artiklene som er benyttet er publisert i vitenskapelige tidsskrifter. Dette innebærer at de har vært gjennom en fagfelleevaluering (Dalland, 2015).

Det var et bevisst valg for meg å velge artiklene som var basert på kvalitative metoder. De kvalitative metodene er ifølge Dalland (2015) har et formål om å komme frem til mening og opplevelse som ikke kan fremstilles med tall. Dette er til forskjell til kvantitative metoder hvor en er opptatt å samle inn data i form av målbare enheter. Noe av de mest essensielle i min problemstilling er å finne frem til pasientenes og sykepleiernes erfaring og opplevelse med terapeutiske relasjoner. Derfor følte det naturlig for meg å fokusere på kvalitative forskningsartikler.

Det har vært noe utfordrende å finne artiklene som ivaretar min problemstilling fullt ut, altså artikler som beskriver etablering av relasjon med eldre innlagte pasienter med moderat eller alvorlig depresjon. Likevel fant jeg en rekke artikler som belyser terapeutiske relasjoner mellom helsepersonell og psykisk syke pasienter, både som voksne og eldre pasienter, og eldres opplevelse av depresjon. Jeg anser at artiklene er relevante da de gir innsikt i viktige aspekter ved etablering av relasjon, pasientenes og sykepleiernes opplevelse av relasjoner, og ikke minst eldres opplevelse av depresjon.

De fleste av artiklene er basert på primærstudier, det vil si at forskningen er presentert for første gang og tilfører ny kunnskap om emnet (Dalland, 2015). Dette gjelder seks av åtte artikler. De resterende to artiklene (Shattel et. al., 2007 og Ljungberg et. al., 2015) er basert på sekundærstudier, det vil si at forskere har analysert resultatene fra tidligere studier (Dalland, 2015).

Syv av åtte artikler er internasjonale og er skrevet på engelsk. Dette kan ha ført til at jeg har oversett eller feiltolket enkelte nyanser i artiklene.

De andre metodiske svakheter presenteres under hver enkelt artikkel i artikkelmatrise.

3. Empiri

3.1. Tabell 2 Artikkelmatrise

Referanse: A	Sneltvedt, (2004). «Å være i en relasjon der en opplever en annens smerte».
Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Å undersøke hvordan sykepleiere håndterer sitt følelsesmessige engasjement overfor pasienter med depresjon og hvilken betydning den har for å gi profesjonell og konstruktiv hjelp
Metode	Kvalitativ metode med fenomenologisk tilnærming. Studie gjennomført som en del av hovedfagsarbeid ved et større psykiatrisk sykehus i Norge som besto av tre allmennpsykiatriske poster, en alderspsykiatrisk post med akutt og kortinnleggelser, og en akuttpost. Utvalget: Syv sykepleiere med spesialutdanning i psykiatri undertegnet samtykkeerklæring, og gav tillatelse til bruk av lydbåndopptaker
Resultat	Sykepleiere blir følelsesmessig berørt i møte med pasientenes lidelser og pasientenes manglende livsmot synes å gjøre det største inntrykket på sykepleiere. Kapasiteten til å leve seg inn i pasientens situasjon varierer. Sykepleierne forvalter et ansvar noe som innebærer både å støtte og utfordre pasientene. Videre viser funn fra studien at sykepleiere er tolerante overfor pasientenes avvisning og klamring, men i krevende situasjoner opplever sykepleiere både avvisning og klamring i sin arbeidshverdag og i særlige krevende tilfeller støtter og avlatter de hverandre.
Kommentar og relevans for problemstilling	Artikkelen omtaler relasjoner mellom sykepleiere og sterkt deprimerte pasienter. Følelsesmessig engasjement er et viktig element i etablering av terapeutisk relasjon og studien betraktes derfor som relevant for min problemstilling. Et kritisk vendepunkt er at det var kun én alderspsykiatrisk avdeling representert i utvalget. Funnene vurderes likevel som relevante da de først er knyttet til sykeplernes opplevelse av relasjoner og således kan også være overførbare til eldre pasienter med depresjon.
Land: Norge	

Referanse: B	Moyle, (2003). «Nurse-patient relationship: A dichotomy of expactations».
Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Å undersøke betydningen av terapeutiske relasjoner ved å undersøke hvordan pasientene pleieopplevelse mens de er innlagt med depresjon
Metode	Fenomenologisk studie som baserer seg på intervju av sju pasienter med diagnose alvorlig depresjon som var innlagt på en psykiatrisk avdeling i Brisbane i Australia. Utvalg: Sju pasienter i alderen 38-57 år med diagnose alvorlig depresjon. Pasientene ble intervjuet ukentlig mens de var innlagt på sykehus. Antall intervju varierte mellom én person som ble intervjuet kun en gang og en person som ble intervjuet en gang pr. uken i seks måneder. Intervjuene varierte mellom 20-60 minutter og fant sted i pasientenes rom. Det ble benyttet lydåndopptak og notert ordrett rett etter intervjuene.
Resultat	Pasientene var opptatt av trygghet og støtte. Opplevde en viss distansering fra sykepleiere relativt kort tid etter innleggelse. Det er uklart hvorvidt økt distansering var et resultat av pasientenes depressive sykdom, en etablert praksis eller f.eks stor arbeidsmengde. Deltagerne uttrykte også behov for fysisk omsorg, trøst og glede at dette kunne gi dem en økt grad av trygghet.
Kommentar og relevans for problemstilling	Artikkelen er valgt ut fordi den gir en grundig beskrivelse av sykepleier relasjon til pasienter med depresjon ut fra pasientperspektiv og er således relevant for min problemstilling. Svakheten med artikkelen er at utvalget av pasientene noe yngre enn målgruppen for oppgaven. Dessuten er artikkel fra 2003 og kan kanskje sies å være litt for gammel. Da det var viktig for meg å inkludere deprimerte pasientenes opplevelse knyttet til relasjoner til sykepleiere valgte jeg likevel å benytte den som grunnlag for min oppgave.
Land Australia	

Referanse: C	Holm et. al., (2015). «Older persons lived experiences of depression and self-management».
Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Å undersøke og øke forståelse av eldre personens livserfaringer og mestring knyttet til depresjon
Metode	En hermeneutisk studie basert på gjennomføring av semistrukturerte intervju av 29 personer over 60 år med diagnose depresjon eller bipolar lidelse som var rekruttert av sykepleiepersonale i Vest og Sør Øst Norge. Andre inklusjonskriterier var at deltagere kunne kommunisere på norsk, var bosatt i de aktuelle kommunene og henvist til kommunale helsetjenestene i løpet av de siste 6 mnd. Varighet på intervjuene var mellom 1-2 timer og fant sted i lokalene fortrukne av pasientene.
Resultat	Funnene fra studien viser at relasjoner og samvær ble betraktet som viktige elementer av de eldre personene. Relasjonene tilførte dem støtte og ga mening i deres liv, men ble ikke nødvendig en løsning på deres problemene. Støttende relasjoner var karakterisert med engasjement, forståelse og involvering. Ikke støttende relasjoner ble derimot assosiert med forpliktelser og manglende gjensidige forutsetninger i forventninger.
Kommentar og relevans for problemstilling	Artikkelen representerer pasientperspektivet og beskriver hva de eldre pasientene med depresjon legger vekt på i relasjonene til sykepleier, samt sier noe om deres opplevelse av depresjon. Dette er kunnskap som jeg anser som svært viktig i forhold til oppgavens problemstilling. Artikkelens svakheter kan ut fra min mening være at pasientene ikke var innlagt på alderspsykiatrisk avdeling, samt at utvalget besto også av pasientene som hadde diagnose bipolar lidelse. Da artikkelen beskriver pasientenes perspektiver på støttende relasjoner valgte jeg likevel å inkludere denne i datagrunnlaget for oppgaven.
Land: Norge	

Referanse: D	Bjørkløf et. al., (2015). «Being stuck in a vice: The process of coping with severe depression in late life».
Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Å utforske og gi en grundigere forståelse av hvordan de eldre erfarer og mestrer alvorlig depresjon
Metode	En fenomenologisk-hermeneutisk studie med bruk av dybdeintervju. Utvalget besto av totalt 18 eldre personer over 60 år, hvorav 13 kvinner og 5 menn med en gjennomsnittsalder på 77,9 år. Andre inklusjonskriterier var at deltagere hadde en moderat eller alvorlig grad av depresjon og var innlagt på en alderspsykiatrisk avdeling. Samtlige av pasientene var intervjuet på et innleggelsestidspunkt mellom 1-2 uker.
Resultat	<p>Pasientene beskriver en sterk lidelse på grunn av opplevelsen av å «sitte fast i en ekstremt smertefull tilværelse». Dette gir utslag i bl.a. rastløshet, uro, følelse av smerter og tap av energi. Videre beskriver pasientene at mestringsstrategier som de hadde gode erfaringer fra tidligere i livet fungerte ikke og de endte med en gjennomgående følelse av fortvilelse, maktløshet og forvirring.</p> <p>Forfatterne antyder at gjennom en prosess med fortelling av sine historier kan eldre deprimerte pasienter også avdekke andre mer positive historier og styrke sine tidligere mestringsstrategier, noe som igjen kan styrke pasientenes evne til refleksjon og være en måte å finne nye løsninger på.</p>
Kommentar og relevans for problemstilling	Artikkelen vurderes som relevant da den gir kunnskap om de Eldres deprimerte opplevelse av depresjon og mestring. Dette er kunnskap som jeg vurderer som viktig for å være bedre i stand til å forstå pasientene, noe som er en forutsetning for etablering av terapeutiske relasjoner. Svakheten med artikkelen er at enkelte av pasientene i utvalget hadde også diagnose demens (4 personer), bipolar lidelse (1 person) og andre tilleggsdiagnoser som Parkinson syndrom, angst, m.m. (5 personer). Jeg valgte likevel å inkludere artikkelen da samtlige var på intervjutidspunktet pasienter ved en alderspsykiatrisk avdeling, representerte den eldre befolkningen og hadde moderat eller alvorlig depresjon.
Land: Norge	

Referanse: E	Pazargadi et. al., (2015). «The Therapeutic Relationship in the Shadow: Nurces` Experiences of Barriers to the Nurse-Patient Relationship in the Psychiatric Ward».
Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Å få innsikt i sykepleiernes erfaring knyttet til barrierer til terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient
Metode	En kvalitativ studie basert på semistrukturerte intervju av 15 sykepleiere som arbeidet på psykaitske avdelinger på et sykehus i Sør Iran. Andre inklusjonskriterier var at sykepleiere i utvalget hadde minimum en bachelorgrad i sykepleie, minst 6 måneder arbeidserfaring fra en psykiatrisk avdeling og ønsket å delta i studien. Det ble benyttet lydåndopptaket og notert innen 24 timer etter gjennomført intervju. Varighet av hver enkelt intervju varierte mellom 30-50 minutter.
Resultat	De identifiserte barrierene som kom frem i studien var relatert til sykepleier egenskaper, pasient egenskaper og organisatoriske faktorer. <u>Sykepleier relaterte egenskaper:</u> negative personlige egenskaper, arbeidsrelatert utbrenhet, manglende ferdigheter, etablert praksis og negative holdninger til pasient-sykepleier relasjon <u>Pasient relaterte egenskaper:</u> alvorlig sykdomsbilde, personlighetstrekk <u>Organisasjonsrelaterte faktorer:</u> arbeidspress, mangel på personale og stort antall av pasienter
Kommentar og relevans for problemstilling	Artikkelen gir kunnskap om hvilke hindringer som sykepleiere oppfatter knyttet til etablering av en terapeutisk relasjon til pasientene. Jeg vurderer at en slik kunnskap kan være viktig å ta meg da den kan gjøre meg bevisst på de negative aspektene i etablering av terapeutisk relasjon. Svakheten med artikkelen kan ut fra min mening være at det ikke var spesifisert hvilken pasientgruppe sykepleierne arbeidet med hverken med hensyn til alder eller diagnoser. I tillegg er studien gjennomført i Iran og det kan tenkes at det er store kulturelle forskjeller i forhold til den vestlige helsevesen. Jeg valgte likevel å inkludere artikkelen i datagrunnlaget da dette var den eneste artikkelen jeg fant som beskriver barrierer til terapeutisk relasjon ut fra sykepleieperspektiv.
Land: Iran	

Referanse: F	Scanlon. (2006). «Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study».
Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Å utvikle en teori om hvordan en sykepleier etablerer en terapeutisk relasjon og i hvilken grad er dette en bevist prosess i en psykiatrisk sykepleiepraksis.
Metode	Databasert teoriutviklingsstudie basert på en kvalitativ forskningsmetode. Det ble foretatt semistrukturerte intervju av totalt seks psykiatriske sykepleiere med variert arbeidserfaring (2-10 år).
Resultat	Resultatene fra studien sier at sykepleierne betrakter den terapeutiske relasjonen som et viktig fundament for pasientenes behandling. Sykepleierne nevnte at bl.a. tillit, humor, formidling av trygghet og forståelse som viktige faktorer i en terapeutisk relasjon.
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien vurderes som relevant da den gir meg viktig kunnskap om hvilke faktorer som blir betraktet som essensielle for å bygge en terapeutisk relasjon med psykisk syke pasienter. Svakheten med studien kan være at det ikke spesifiseres hvilken målgruppe og psykiske lidelser sykepleierne i utvalget arbeidet med. Jeg valgte likevel å inkludere dette studie i mitt datagrunnlag da den representerer sykepleiernes syn på utvikling av terapeutiske relasjoner til pasienter og er derfor direkte relevant for min problemstilling.
Land: ukjent	

Referanse: G	Shatell et.al. (2007). «Take my hand, help me out» Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship.
Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Å undersøke pasientenes opplevelse av betydningen av terapeutisk relasjon
Metode	En sekundæranalyse studie av tidligere gjennomførte intervjuer av 20 voksne personer i USA med ulike psykiske lidelser, med flertall av depresjon og bipolar lidelse. Gjennomført ved en reanalysering av data hvor forfatteren presenterte erfaringer knyttet til hva pasientene opplevde som terapeutisk ved relasjonene til helsepersonell.

Resultat	Forfatteren presenterer funn fra studien i tre temaer: «forholde seg til meg», «kjenne meg som menneske» og «komme til en løsning i behandlingen». Følgende kvaliteter ble nevnt som særlig viktige for at relasjonene skal oppleves terapeutisk av pasientene: se og forstå hver enkelt pasient og han/hennes individualitet, sette av tilstrekkelig tid, vis støtte og forståelse, ikke være redd for fysisk kontakt som en klem eller holde i hånden, aktiv lytting, vær genuin og vis reell omsorg, vær ærlig, finn måter å løse problemene på.
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien gir et godt innblikk i essensielle faktorer for en god terapeutisk relasjon og ansees derfor som relevant til min problemstilling. En liten svakhet med studien er at pasientutvalget besto av mennesker mellom 21 og 65 år. Jeg har likevel valgt å benytte artikkelen da jeg mener at flere av de terapeutiske komponentene også har relevans for de eldre deprimerte pasienter.
Land: USA	

Referanse: H (review artikkel)	Ljungberg m.fl. (2015). «Non-helpful relationships with professionals - a literature review of the perspective of persons with severe mental illness».
Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Å gjennomgå kvalitativ forskning som beskriver aspekter ved ikke hjelpende relasjoner sett ut fra pasienter med alvorlig psykiske lidelser.
Metode	Litteraturstudie av relevante artikler basert på kvalitative intervju. Tar utgangspunkt i 17 artikler fra vestlige land. I tillegg til at artiklene skulle basere seg på kvalitative intervju var andre inklusjonskriterier: engelsk språk, fagfelleverderte og publisert etter 1990. Pasientutvalget i flertallet av artikler var voksne personer i voksne personer opp til 84 år.
Resultat	Funn fra studien viser at samtlige av pasientene hadde erfaring med ikke hjelpende relasjon. Blant de aspektene som har bidratt til en slik opplevelse hos pasientene nevnes det bl.a: mangelfull interesse og

	engasjement, distansiering, fordømmende holdninger, lite sympati, pessimisme, agresjon. Pasientene trakk også frem de organisatoriske faktorene som ble betraktet som bidragsyttere til ikke hjelpende relasjoner. Dette var bl.a. liten kontinuitet i bemanningen, ikke tilstrekkelig tid, stressende oppførsel, feilprioritering i arbeidsoppgaver, manglende informasjon, misbruk av tvang . Til slutt har forfatteren trukket også frem hvilke konsekvenser slike relasjoner fører til: forverring i tilstand, mistillit til profesjonell, aggressiv oppførsel, negative følelser, opplevelse av håpløshet og verdiløshet.
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien ansees som svært relevant da den gir meg grundig kunnskap om hva pasientene mener bidrar til ikke hjelpende relasjoner, og ikke minst hvilke konsekvenser har disse for pasientene selv og deres omgivelser. Denne kunnskapen er viktig da den kan bidra til en bedre forståelse av hva en bør unngå og hva opplever pasientene som ikke erfarer gode terapeutiske relasjoner. En svakhet med studien er at dette er en metaanalyse som er basert på tolkning av tidligere utførte intervjuer.
Land: Flere vestlige land	

3.2.Sammenfattet empiri

I dette kapitlet skal jeg oppsummere funnene fra forskningsartiklene ut fra egenskapene de har til felles og på hvilke områder de skiller seg. Etter gjennomgang av forskningsartiklene kom jeg frem til følgende kategorier:

- **Pasientenes opplevelse av depresjon:** jeg valgte å betegne denne kategorien for manglende livsmot og opplevelse av håpløshet, noe som var gjennomgående funn i flere av artiklene
- **Grunnlaget for terapeutisk relasjon:** denne kategorien er betegnet som «betydningen av tillit i en terapeutisk relasjon» og sammenfatter funn fra artiklene som fokuserer på tillit og andre tillitsskapende aspekter som grunnleggende egenskap ved relasjon.
- **Empatisk forståelse:** denne kategorien betegnes som «betydningen av empatisk forståelse i en terapeutisk relasjon» og omtaler artiklene hvor enkelte av funnene legger vekt på empatisk forståelse hos sykepleiere

- **Barrierer:** denne kategorien betegnes som «barrierer i en terapeutisk relasjon» og inneholder en sammenfatning av artikler som fokuserer på forhold som hindrer etablering av en god terapeutisk relasjon

Kategori: Manglende livsmot og opplevelse av håpløshet

Relevante artikler: Sneltvedt, (2004), Holm et.al., (2015) og Bjørkløf et. al., (2015)

Kommentar: To av forskningsartikler omtaler hvordan de deprimerte eldre opplever det å leve med depresjon. Det som går igjen av begge artiklene er at følelse av skyld og skam og selvbebreidelse hos de deprimerte eldre i utvalget. I artikkelen til Bjørkløf et.al., (2015) gir de eldre i tillegg også uttrykk for en opplevelse av depresjon som en smertefull tilværelse, og beskriver tilstanden som de assosierer med tap av energi intense smerter i hele kroppen og rastløshet. Det kommer også tydelig frem at deres tidligere mestringsstrategier fungerer ikke lenger. Artikkelen til Sneltvedt (2004) fokuserer i utgangspunktet ikke på pasientenes opplevelse av depresjon. Det er likevel verdt å merke seg at sykepleierne trekker fram pasientenes mangel av livsmot og håp som en de største utfordring som de møter i hverdagen.

Kategori: Betydningen av tillit i en sykepleier-pasient relasjon

Relevante artikler: Scanlon (2006), Shatell et.al., (2007) og Moyle (2003)

Kommentar: Flere av studier legger vekt på tillit som et grunnleggende element i en terapeutisk relasjon. Dette gjelder både studier utført fra sykepleier og pasientperspektiv. I studien til Scanlon (2006) legger psykiatriske sykepleierne stor vekt på etablering av tillitsforhold og mener bl.a. at dette forutsetter: at personale evner til å formidle trygghet og forståelse for pasientenes synspunkter. Dette står i samsvar med studien til Shatell m.fl. (2007) hvor de fleste av pasientene anså tillit og respekt som viktige egenskaper for terapeutisk relasjon. Pasientene i studien til Moyle (2003) beskriver hvordan sykepleiernes nærvær og tilstedeværelse førte til større tillitsopplevelse til personale.

Kategori: Betydningen av empatisk forståelse i en terapeutisk relasjon

Relevante artikler: Sneltvedt, (2004), Scanlon, (2006) og Shatell et.al., (2007)

Kommentar: Sykepleiernes evne til empatisk forståelse er poengtert i flere av forskningsartiklene. Dette gjelder som tidligere nevnt studien til Scanlon (2006) hvor pasientene legger vekt på sykepleiernes empatiske forståelse som et viktig element i etablering av tillitsforholdet. Empatisk forståelse blir også løftet frem i studien til Shattel et.al. (2007) som beskriver pasientenes erfaringer med empatisk helsepersonell som bidro til deres opplevelse av håp. I studien til Sneltvedt (2004) trekker sykepleierne i utvalgte empatisk engasjement som en viktig aspekt i relasjonen til de deprimerte pasientene, men poengterer også at kapasiteten til å leve seg inn i pasientenes smertefulle situasjonen varierer.

Kategori: Barrierer i en terapeutisk relasjon

Relevante artikler: Pazargadi et.al., (2015), Ljungberg et.al., (2015).

Kommentar: To av artiklene retter særskilt fokus på barrierer som kan hindre etablering av en god terapeutisk relasjon. Artikkelen til Pazargadi et.al., (2015) representerer sykepleieperspektiv og skiller mellom barrierer som er relatert til sykepleier, pasient eller organisatoriske forhold. Flere av disse barrierene går igjen i studien til Ljungberg et.al., (2015) som representerer pasientperspektivet. Dette gjelder særlig barrierer som er relatert til sykepleier egenskaper og organisatoriske forhold; negative personlighetstrekk, arbeidspress og tidsmangel.

4. Teori

I dette kapitlet skal jeg presentere aktuell teori og litteratur. Dette inkluderer først og fremst Joyce Travelbee`s sykepleieteori om menneske-til – menneske forhold. Videre skal jeg også rede for litteratur som beskriver depresjon og depresjon hos eldre.

4.1. Joyce Travelbee sykepleieteori

Kjernen i sykepleieteori til Joyce Travelbee er mellommenneskelig samhandling. Siden min oppgave handler nettopp om relasjoner mellom sykepleier og pasienter var det naturlig for meg å velge Travellbee som sykepleieteoretiker.

Teorien blir ofte betraktet som en sykepleiefilosofi da den i stor grad basert på en eksistensialistisk filosofi (Alligod i Kristoffersen, 2016, s.28). Samhandlingen mellom sykepleier-pasient og et menneskesyn som innebærer at ethvert menneske er en unik person er de sentrale aspektene i teorien (Kristoffersen i Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug og Grimsbø, 2016, s. 29).

Teorien bygger på ekstensialistisk menneskesyn og omtaler smerte og lidelse som uunngåelig del av menneskelivet. En av viktige sykepleiefunksjonene består av å hjelpe det syke og lidende mennesket til finne mening i situasjonen (Kristoffersen et.al., 2016)

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene», (Kristoffersen kap.19 i Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug og Grimsbø 2016, s.29)

Ifølge Travelbee (2011, s. 78) er sykepleierens oppgave å forstå og respondere på det syke mennesket, og å hjelpe den syke til å respondere på mennesket som er sykepleier. Gjensidig forståelse og respons mellom sykepleier og pasient er en forutsetning for å bygge en god relasjon. Til grunn for denne forståelsen ligger en forståelse av partene som unike individer fremfor rollene som sykepleiere og pasienter.

I gjentatte møter med lidelser og sykdom stilles sykepleierne overfor sin egen sårbarhet. Dette beskrives av Travelbee som individuell sårbarhetskrise. Håndtering av krisen har helt avgjørende betydning for hvordan sykepleieren vil i fremtiden respondere og vise omsorg for den syke pasienten (Travelbee, 2011, s. 76).

Det å erkjenne og akseptere seg selv som menneske er en forutsetning til å akseptere de andre som mennesker. Sårbarhetskrisen kan bestemme sykepleierens evne til å se sin egen menneskelighet i øynene, og også hennes evne til å forholde seg til og ta omsorg for syke, lidende eller døende mennesket (Travelbee, 2011, s. 76).

4.2. Etablering av et menneske- til - menneske forhold

Ifølge Travelbee (2011, s. 186) oppnås sykepleierens mål knyttet til behandling kun ved å etablere et «virkelig» menneske – til – menneske relasjon. Med dette mener hun at partene først og fremst må betrakte hverandre som unike individer fremfor rollene som pasient og sykepleier. Et slik «menneske til menneske» relasjon etableres i følgende faser:

Det innledende møte:

Fasen kjennetegnes av partenes generaliserte og stereotypiserte oppfatninger. Her vil partene se på hverandre ut fra de rollene de er in i, altså som pasient og sykepleier. Partene har i utgangspunktet ikke kjennskap til hverandre. Travelbee fremhever at sykepleieren bør allerede i denne fasen bryte ut av stereotypisert oppfatning som preger hennes inntrykk og se individet i pasienten (Travelbee 2001, s. 186-187).

Fremveksten av identiteter:

Fasen kjennetegnes av at det gradvis etableres et gjensidig tillitsforhold, samtidig som partene har en økt forståelse av hverandres individualitet (Travelbee 2001, s.188).

Empati:

Fasen kjennetegnes av en bevisst intellektuell prosess som innebærer å ha forståelse for den andre og «å ta del» i hans/hennes psykiske tilstand, men uten «å gå opp i den». Sykepleieren prøver å sette seg inn i pasientens situasjon og hans/hennes opplevelsesverden, uten å føle og

tenke som pasienten. Empatien gir en opplevelse av forutsigbar atferd hos partene (Travelbee, 2001, s.195).

Sympati og medfølelse:

Den fjerde fasen som omhandler sympati og medfølelse er et resultat av den foregående fasen, empatiske prosessen. Sympati og medfølelse innebærer at en oppriktig føler den sykes tilstand, kombinert med et sterkt ønske om å hjelpe. Sykepleieren som viser empati og medfølelse viser samtidig at han/hun er engasjert og bryr seg. I motsetning til empati ligger det her en trang til å lindre pasientenes plager. Det er ikke mulig å ha medfølelse og samtidig å ha distanse til pasienten. Ved å være sympatisk blir en altså personlig involvert i pasienten, men ikke personlig passivisert av pasientens sykdom (Travelbee, 2001, s. 200-202).

Gjensidig forståelse og kontakt:

Er et resultat av det som har skjedd gjennom interaksjonsprosessen mellom partene i de tidligere omtalte fasene. Gjensidig forståelse og kontakt mellom partene forutsetter at sykepleieren utfører handlinger som lindrer pasientenes plager, samt at partene verdsetter hverandres personlighet og ser på hverandre som mennesker, unike individer (Travelbee, 2001, s. 211-212).

4.3. Kommunikasjon og empati

Kommunikasjon er ifølge Travelbee et sentralt verktøy i mellommenneskelig interaksjon og fører til at sykepleieren kan bli bedre kjent med pasienten, noe som er en forutsetning for å kunne identifisere og ivareta de aktuelle behovene for sykepleie (Travelbee, 2001, s. 135).

Ifølge Eide og Eide (2016, s. 17-18) handler kommunikasjon i relasjoner om utveksling av verbale og nonverbale tegn og signaler mellom to eller flere personer. Disse kan være tydelige, men også sammensatte og krever ofte en fortolkning hos mottagende parten. Det er ofte nettopp disse signalene, og ikke minst fortolkning av disse som danner grunnlag for

enten tillit eller mistillit, nærhet eller avstand, samarbeid eller konflikt mellom partene.

Kommunikasjon i en relasjon mellom sykepleier og pasient betegnes som profesjonell kommunikasjon og karakteriseres av et sentralt formål «å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse» (Eide og Eide, 2016, s.18).

Videre hevder Eide og Eide (2016, s. 20) at profesjonell kommunikasjon er pasientsentrert, og skal være hjelpende, støttende og problemløsende for pasienten.

4.4. Depresjon

«Ordet depresjon kommer fra latin, og betyr egentlig nedrykking» (Hummelvoll, 2014, s.193).

Depresjon kan i utgangspunktet fremstå som en tilstand som ligner på sorg. Sorg er en naturlig reaksjon i mange deler av livet hvor en f.eks. opplever tap av et nær person eller avbrutt tilknytting. Sorgprosessen til forskjell til depresjon er tidsbegrenset og karakteriseres ikke av at den sørgende person har en uttalt følelse av skyldfølelse og selvbebreidelse (Hummelvoll, 2014, s.193-194).

Depresjonen kan oppstå som en forlengelse av sorgprosessen, som låser seg fast og hvor tapet ikke er tilstrekkelig bearbeidet. Tilstanden til den sørgende person blir ofte preget av skyldfølelse, selvbebreidelse og endret selvbilde. Tapsopplevelsen fremstår som mer diffus og altomfattende. I tillegg til de mest fremtredende symptomer som tristhet, pessimisme og lav selvaktelse fører depresjonen til en rekke andre emosjonelle, kognitive og somatiske symptomer, som f.eks. nedsatt evne til å utføre daglige gjøremål, følelse av å være utslått, overveldende følelse av håpløshet, konsentrasjonsvansker, nedsatt matlyst, følelse av smerter og nedsatt aktivitetsnivå (Hummelvoll 2014, s. 194-198).

Kvaal (2014) beskriver i sitt kapittel om angst og depresjon (Kval i Kirkevold, Brodtkopp og Ranhoff, 2014, s.443) generelle kriterier, kjernesymptomer og ledsagende symptomer til depresjon. De generelle kriteriene omfatter bl.a. varighet (minimum 2 uker), ingen tidligere

episoder med mani/hypomani, eller blandingstilstand og utelukkelse av organisk etiologi (f.eks. demens). Oppfyllelse av de generelle kriteriene er forutsetning for alle alvorlighetsgradene av depresjon. I tillegg til de generelle kriteriene må de foreligge minst to av kjernesymptomer og ledsagende symptomer ved klassifisering av alvorlighetsgraden til depresjon.

Kjernesymptomer: nedtrykthet, nedsatt lyst (gleder) eller interesse for omgivelsene og andre, nedsatt energi eller økt tretthet (Kval i Kirkevold, Brodtkopp og Ranhoff, 2014, s. 443)

Ledsagende symptomer er: nedsatt selvtillit eller selvfølelse, selvbebreidelse eller skyldfølelse, tanker om død eller selvmord, tanke- eller konsentrasjonsforstyrrelser, agitasjon eller hemning, søvnforstyrrelser og appetitt- eller vektendring (Kval i Kirkevold, Brodtkopp og Ranhoff, 2014, s. 443).

Depresjon av moderat grad forutsetter oppfyllelse av generelle kriteriene samt minst to av kjernesymptomene kombinert med minst fire av ledsagende symptomene. Alvorlig grad av depresjon forutsetter imidlertid oppfyllelse av de generelle kriteriene samt alle de tre kjernesymptomene og minst fem av de ledsagende symptomene (Kval i Kirkevold, Brodtkopp og Ranhoff, 2014, s. 443).

4.5. Eldre og depresjon

Eriksons utviklingsteori beskriver personlig utvikling over hele menneskets livsløp, og inkluderer alderdommen som egen livsfase. Et sentralt element som er knyttet til alderdomsfasen beskrives av han ved to begreper: egointegritet eller fortvilelse. Egointegritet innebærer at den eldre er tilfreds med sine livserfaringer som er farget både av gleder og vanskeligheter. De fleste av eldre mennesker aksepter sitt liv slik det ble og knytter en menings- og verdifullt opplevelse til det. Begrepet fortvilelse innebærer derimot at den eldre ikke aksepter sitt liv slik det ble, og frykter å gå ut av livet med en opplevelse av en meningsløst eller bittert livsløp (Thorsen i Kirkevold, Brodtkopp og Ranhoff, 2014, s. 59).

Depresjon hos eldre regnes som et utbredt fenomen. Forekomst av mild depresjon hos hjemmeboende eldre varierer mellom 8% og 23%, og

alvorlig depresjon mellom 2% og 5% (Kvaal i Kirkevold et. al., 2015, s. 443). En nyere studie (Borza et.al.,2019) viser at eldre som blir behandlet for depresjon i en alderspsykiatrisk avdeling har en ugunstig prognose med tanke på tilbakefall av depresjon og vedvarende depressive symptomer. Alvorlig depresjon ser ut til å være forblindet med økt risiko for utvikling av demens og kognitiv svikt.

Depresjon hos eldre er knyttet til økt dødelighet, og fremstår som sterkt funksjonshemmede for pasientene selv og som et stort byrde for deres omgivelser. De gamle som har depresjon har ofte dårlig selvbilde, de føler at de ikke er noe verdt og ikke har noen framtid, noe som fører til begrenset livskvalitet og livsutfoldelse (Kvaal i Kirkevold et. al., 2015, s. 442).

Symptomene på depresjon hos eldre er ofte lik symptomene hos andre aldersgrupper, men depresjonen hos eldre kan også fremstå med noe atypisk symptombilde. Det kan være at de eldre forteller om smerter i mage og hode, og forklarer at dette har sammenheng med en somatisk sykdom. Ofte blir også depresjon forvekslet med en demenstilstand, der man også finner redusert konsentrasjon og hukommelse (Engedal, 2008, s.130).

En av de vanlige risikofaktorene for depresjon blant eldre er knyttet til opplevelse av tap. Dette kan være tap av ektefelle, pårørende, sosiale relasjoner, helse, rolle, mestring, selvstendighet, og tap av evnen til å omstille seg. Genetisk økt sårbarhet, sammen med uheldige miljøfaktorer, kan øke risikoen for depresjon. Man ser også en sammenheng mellom depresjon og somatisk sykdom/funksjonstap. Depresjon kan være en følge av somatisk sykdom og/eller somatisk sykdom kan være en følge av depresjon. Videre kan legemidler og bivirkninger av disse gi symptomer på depresjon (Engedal 2008, s.106-110).

5. Diskusjon

I dette kapitlet skal jeg forsøke å svare på min problemstilling ved å foreta en diskusjon av presentert teori, benyttede forskningsartikler og ikke minst noen av mine egne praksiserfaringer. Som tidligere nevnt lyder min problemstilling som følger: «Hvordan kan sykepleier etablere en terapeutisk relasjon til en eldre pasient med depresjon som er innlagt på en alderspsykiatrisk post?»

5.1. Manglende livsmot og håpløshet

I likhet med de andre pasientene er eldre med depresjon ingen ensartet gruppe. Dett er noe jeg fikk bekreftet gjennom min praksis. I tillegg til at alvorlighetsgraden av depresjonen varierer fra person til person, hadde flere av de eldre jeg møtte en rekke andre både psykiske og somatiske lidelser, som f.eks. schizofreni, bipolar lidelse, diabetes, Parkinson syndrom. På tross av ulikhetene knyttet til grad av depresjon, eventuell komorbiditet, alder og kjønn observerte jeg ganske tidlig noen fellestegn, nemlig manglende opplevelse av mening og håpløshet. Dette beskriver også enkelte pasientene med moderat og alvorlig depresjon i studien til Bjørkløf, et.al., (2015). Enkelte av disse pasientene beskriver opplevd depresjon som en fryktelig lidelse som førte til at de resignerte og i motsetning til andre, ikke gjorde noen forsøk på å mestre tilstanden. De opplevde tap av mening med livet noe som førte til at de isolerte seg fra omgivelser, også fra de personene som kunne gi dem støtte. Konsekvensen for mange av disse pasientene var livstruende somatiske sykdommer. I studien til Holm et. al., (2015) kommer det frem at de eldre med depresjon opplever tap av eksistensiell mening med livet, med påfølgende sosial isolasjon, ubalanse i matinntak, passivitet og suicidale tanker. Dette står også i samsvar med Kvaal i Kirkevold et.al.,(2015) som beskriver at de eldre som opplever depresjon ofte kan føle at alt er et ork og et liv blir betraktet av dem som lang og mørk tunnel uten lyspunkter og åpning.

Grunnen til at jeg nevner de fremtredende symptomene innen depresjon er at disse kan påvirke muligheten til å etablere en terapeutisk relasjon til pasientene. Ifølge Moyle (2003) er depressive mennesker spesielt sårbare når det gjelder etablering av en terapeutisk relasjon, og symptomene som

følger av depresjon kan begrense muligheten til etablering av en terapeutisk relasjon. Samtidig er det å finne mening med lidelsen er en av viktige sykepleierfunksjoner og kan kun oppnås dersom det er etablert et godt menneske- til menneske relasjon (Travelbee, 2001, s. 230)

5.2. Betydningen av tillit i en sykepleier – pasient relasjon

Som nevnt tidligere påpeker flere av forskningartikler at en god terapeutisk relasjon forutsetter at det er etablert et tillitsforhold mellom pasienten og sykepleier. Tillit beskrives også som en av komponentene som den terapeutiske relasjonen baserer seg på (Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten, 2009). Ifølge Fugelli i Johnsen og Engvold, (2013) har syke mennesker et særskilt behov for tillit på grunn av at sykdommen innebærer ofte tap av tillit til kroppen, funksjonsevnen og fremtiden, og et slikt tap av selvtillit forsterker behovet for å stole på de andre, blant annet hjelperen.

5.2.1. Trygghet og tilgjengelighet som tillitsskapende forhold

Scanlon, (2006) trekker evne til å bygge tillit som en av ferdighetene som sykepleiere i hans undersøkelse legger stor vekt på. Sykepleierne i studien trekker frem slike faktorer som opplevelse av trygghet og hvordan tryggheten blir formidlet til pasientene har stor betydning av i hvilken grad pasientene utvikler et tillitsforhold til sykepleieren. Dette er en prosess som tar tid og utvikles gradvis.

Jeg mener at disse funnene også er svært relevante i forhold til eldre pasienter med depresjon innlagt på en alderspsykiatrisk avdeling. Jeg opplevde at det tar tid å utvikle et tillitsforhold til pasienten, og at både jeg og pasienten måtte først bli trygge på hverandre. Prinsippet knyttet til trygghet og forutsigbarhet blir trukket frem som ett av de viktigste prinsipper for miljøbehandling av eldre pasienter med depresjon av personale som arbeidet ved seksjon for alderspsykiatri ved Sykehuset i Telemark (Nåvik, 2013). Tilrettelegging for et trygt og forutsigbart miljø beskrives som sentralt, og inkluderer bl.a. fast struktur på hverdagen ved

bruk av primærsykepleiersystemet, vise pasienten at personalet er til å stole på, overholdelse av avtaler, gi pasienten tilstrekkelig tid.

Det kan se ut som at sykepleierens tilstedeværelse hos pasienten og grad av tilgjengelighet kan også bidra til større grad av trygghet hos de deprimerte pasientene. Utvalget av pasientene i Moyle`s (2003) studie trakk frem at f.eks. konstant tilstedeværelse av sykepleiere før og etter elektrokonvulsiv (ECT) har ført til økt følelse av trygghet. Det å være tilgjengelig for pasienten er viktig, og krevet at sykepleierne ofte må prioritere sin tid og akseptere at en utvikling av en terapeutisk relasjon krever tid. Pasientene setter pris på sykepleiere som er tilgjengelige og setter av tilstrekkelig tid for å lytte på dem, noe som også har ført til at det var lettere for pasientene å åpne seg og gjøre det lettere å snakket om deres bekymringer (Scanion,2006). I tillegg har pasientene i studien til Shattell (2007) påpekt viktigheten at helsepersonalet tar seg tid til å bli kjent med dem som individer, eller forstå pasienten på en bedre måte. For å hjelpe pasientene må en sykepleier være tilgjengelig og villig til å lytte (Travelbee, 2011).

Min erfaring fra praksisfeltet er tilgjengelighet «åpner døren» til pasienten og bidrar til økt trygghet hos pasienten og følgelig et større tillitsforhold. De eldre pasientene som lider av depresjon som jeg møtte i praksisfeltet ba sjelden om hjelp, og fremsto for det meste stille. Etterhvert som jeg fikk litt mer erfaring, ble jeg bevisst på dette og fokuserte alltid på å spørre pasientene om det er noe jeg kan hjelpe de med eller om det er noe de ønsker å snakke om. Dette har ved flere anledninger ført til at pasientene ønsket å snakke om sine tanker og bekymringer, eller at de formidlet behov for hjelp. Flere av disse pasientene har etterhvert på eget initiativ tatt opp de forholdene, noe som kan tolkes at de følte seg trygg på meg og hadde tillit til at de kan dele sine innerste tanker og bekymringer med meg. Kvaal i Kirkevold et.al. (2014, s. 447) nevner at eldre mennesker som lider av angst og depresjon er sårbare og vanligvis ikke krever så mye av sine omgivelser. Dette står også i samsvar med Travelbee (2001) som trekker frem at enkelte av de syke vil aldri be om noe som helst fra sykepleieren, fordi de tror at sykepleieren har det for travelt. Det er den profesjonelle sykepleierens rolle å gi den hjelp det er behov for å uten å måtte bli bedt om det (Travelbee, s.124).

5.3. Betydningen av empatisk forståelse i en terapeutisk relasjon til eldre deprimerte pasienter

Sykepleiernes evne til å forstå pasienten synes å være en annen grunnelement i etablering av terapeutiske relasjoner. Dette utsagnet støttes omtrent av alle forskningsartiklene, og ikke minst Travelbee`s sykepleieteori. Hummelvoll (2014) hevder at empati er en forutsetning for å få til betydningsfulle møter med hjelpetrequende. Det er viktig å være seg selv, ekte og nær. Ifølge Eide og Eide (2016) er det særlig viktig for hjelperen å vise interesse, innlevelse og vilje til å lytte aktivt i møte med eldre mennesker, da de eldre opplever aldersendringer som innebærer at både fysiske og mentale prosesser går noe langsommere enn før. Dette understøttes også av Kvaal i Kirkevold et.al.,(2015) som sier at empati er en viktig egenskap hos sykepleieren i møte med de eldre deprimerte. Ved å være empatisk blir en bedre i stand til å forstå pasienten perspektiv, opplevelser og følelser, og kan respondere og bekrefte pasienten ved hjelp av kommunikasjon preget av varme og respekt.

Min erfaring fra praksisen bekrefter i stor grad dette. Fra første dag i praksisen var jeg opptatt av å se pasientene, henvende meg til pasientene ved å bruke navn, lytte til pasienten, smile og vise respekt. Ved å være engasjert i pasientene, vise forståelse, respekt og engasjement for den enkeltes individualitet fikk jeg etterhvert sympati og medfølelse, noe som igjen har bidratt til et støtte forståelsen for pasienten og ytterligere styrkning av relasjon.

Dette tilsvarer til en viss grad med funn fra studien til Shattell et.al., (2006) som viser at pasientene legger stor vekt på empatisk forståelse hos ansatte og nevner at slike komponenter som ekte engasjement, omsorg, oppriktighet, gode lytteferdigheter og forståelse kreves for å bli kjent med pasientene. Pasientene i studien til Holm et.al., (2015) underbygger dette ved å trekke frem forståelse, engasjement og involvering som kjennetegn ved relasjonene som de opplevde som støttende.

Betydningen av empatisk forståelse trekkes også frem i studiene som representerer sykepleieperspektiv. Sykepleiere i utvalget til studien til Scanlon (2006) nevner at empatisk forståelse er viktig for å behandle pasientene med verdighet og respekt.

Empatisk forståelse er også et sentralt tema i studien til Sneltvedt (2004). Funn fra studien underbygger at en empatisk forståelse er et sentral element i relasjonen til de deprimerte pasientene, men sykepleiernes kapasitet til å leve seg inn i pasientenes smertefulle situasjon varierer. Sykepleierne beskriver at de ofte må håndtere en empatisk forståelse samtidig som de ikke lar seg smitte av pasientenes hjelpeløshet for å ivareta de moralske kravene knyttet til å bære håpet og bekrefte den deprimerte pasientens livsmot.

Dette står i samsvar med Travelbee (2001) som sier at det er sykepleierens oppgave å «hjelp den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet», Travelbee (2001). Håpets betydning er en av de sentrale hjørnesteinene i Hummelvolls (2014) fremstilling av sykepleier-pasient felleskapet. Håpet har en sentral betydning for at den syke pasientens evne til å holde ut og for å gjennomleve en lidelse.

Min erfaring fra praksisfeltet er at det vies et stort fokus på formidling av håp til de eldre pasientene med depresjon. Dette virker til tider som en svært vanskelig oppgave da en må finne en balanse mellom den empatiske forståelse av pasientenes tanker og bekymringer knyttet til sin tilværelse og formidling av håp ved f.eks. hjelpe pasienten til å tro at dette vil snu.

5.4. Barrierer i sykepleier pasient relasjoner

I dette kapitlet ønsker jeg å rette fokus på de potensielle barrierene som kan hindre etablering av en terapeutisk relasjon og hvilke konsekvenser dette kan føre til.

5.4.1. Sykepleierrelaterte barrierer

Funn i artiklene til Pazargadi et.al., (2015) og Ljungberg et.al., (2015) beskriver en lang rekke av sykepleieregenskaper som oppleves som barrierer til en god relasjon mellom pasient og sykepleier. Studiene representerer både pasient og sykepleierperspektiv. Funnene fra begge studiene viser at negative personlighetstrekk hos sykepleieren som f.eks. aggressiv og paternalistisk væremåte virker hindrende for utvikling av en god relasjon. I tillegg nevnes det i studien til Ljungberg et.al., (2015) flere

andre faktorer som f.eks. manglende interesse, forståelse og individuell tilnærming, pessimisme og forutinntatthet som aspekter som hindrer en effektiv sykepleier pasient relasjon. I studien til Moyle (2003) beskriver pasientene lignende erfaringer; økt distansering, manglende individuell tilnærming, sykepleierne ser først og fremst pasientens diagnose og ikke menneske bak, manglende evne til å lytte, begrenset kommunikasjon som kun har til hensikt å ivareta rapporteringskrav.

Funnene fra studiene representerer klare motsetninger til de vesentlige sykepleieegenskaper som kreves for utforming av en god terapeutisk relasjon. De eldre pasientene med depresjon er som tidligere nevnt en særlig sårbar gruppe som må vies ekstra omsorg, respekt, forståelse og medfølelse. Jeg mener at slike sykepleiere egenskaper som manglende nærhet, empati, sympati, genuin interesse er ikke bare hindringer til etablering av en god relasjon mellom dem og ansatte, men kan også bidra til å forverre deres tilstand og øke følelse av håpløshet. Dette er noe som bekreftes av Ljungberg et.al.(2015) som sier at «ikke hjelpende» relasjoner bidrar til en rekke negative konsekvenser hos pasientene som bl.a. negative tanker om seg selv, mister sin selvrespekt og tillit, miste håpet om fremtiden, selvbestemmelse og personlig vekst. En slik praksis vil også være i strid med flere av punktene i sykepleiernes menneskesyn, verdier og holdninger uttrykt i yrkesetiske retningslinjer som sier bl.a. at en sykepleier har ansvar for sykepleierpraksis som:

- fremmer helse og forebygger sykdom
- undersøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten
- respekterer pasientenes integritet og utnytter ikke pasientens sårbarhet
- yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse

5.4.2.Organisatoriske barrierer

Tidsmangel, arbeidspress, lav bemanning og et stort antall av pasienter er omtalt som de organisatoriske barrierene til etablering av en god sykepleier pasient relasjon. Funn fra studien til Ljungberg et.al.,(2015) beskriver pasientenes erfaringer med personale som ikke tar seg tid til å snakke med dem om deres liv, tilstand, og bagatelliserer deres problemer.

I tillegg opplever flere at enkelte ansatte gir uttrykk for at pasientenes individuelle behov er lavere prioritert enn de andre av deres oppgaver. Sykepleierne i studien til Pazargadi et.al.,(2015) oppgir også tidsmangel som er resultat av lav bemanning, et stort antall av pasienter, og stor arbeidsmengde som en viktig barriere til utvikling av en terapeutisk relasjon til pasienter.

Min erfaring fra praksisstedet kan delvis bekrefte dette. Jeg mener at de organisatoriske rammene ved avdelingen jeg var i praksis lå godt til rette til tett oppfølging av pasienter og utvikling av gode terapeutiske relasjoner. Hver ansatt hadde ansvaret for maksimum to pasienter pr. vakt. Samtlige av pasientene hadde en primærkontakt og det ble alltid tilkalt vikarer ved sykdom/fravær av de faste ansatte. Avdelingen har implementert en rekke av miljøterapeutiske prinsipper, hvor relasjoner til pasienter hadde en sentral plass. Derimot har jeg erfart at dette ikke er tilfelle overalt. I forbindelse med oppfølgingsbesøk av en tidligere pasient som nå var innlagt på et sykehjem fikk jeg inntrykk av at rammene for etablering av gode relasjoner var ikke så godt tilrettelagt der. Pasienten fortalte om stadig utskifting av ansatte som hadde ansvar for å oppfølging av henne, ansatte som virket stresset og hadde fokus kun på medisintdeling. Hun har på daværende tidspunkt vært innlagt i ca. 1,5 uke og har fremdeles ikke snakket med noen om hvordan hun har det, sine følelser og bekymringer.

6. Konklusjon

Gjennom arbeidet med min bacheloroppgave har jeg blitt bevist på betydningen av mine holdninger i forhold til etablering av en terapeutisk (menneske- til menneske) relasjon til eldre pasienter med depresjon. Ved å være meg selv, ekte og omsorgsfull, respektfull, engasjert og forståelsesfull skapes det et godt grunnlag for kontakt og tillitsforhold som er det siste, og overordnet fase i Travelbees menneske- til menneske etableringsprosess. Depresjonstilstand som bærer preg av tapt følelse av mening og håp og aldersforandringer med «fortvilelse» som resultat kan gjøre det ekstra utfordrende å skape en terapeutisk relasjon. Den sterke lidelsen som depresjon oppleves som en fryktelig lidelse hos pasientene, og har påvirker sykepleiere som er i daglig kontakt med dem. De fleste av sykepleiere opplever en sårbarhetskrise. Som både Travelbee og Sneltvedt påpeker er dette er noe som sykepleiere bør være oppmerksom på å prøve å håndtere ved bl.a. å snakke med kollegaer eller via kollegial veiledning, avlastning. I mitt tilfelle var det min praksisveileder som jeg hadde ukentlige refleksjonsmøter med, hvor jeg fikk mulighet til å drøfte og reflektere over mine følelser knyttet til den nære kontakten til eldre pasientene med depresjon.

Til tross for dette er min gjennomgående erfaring at bak disse pasientene står unike mennesker som har veldig mange ressurser som kan være positive faktorer i behandlingen. Å finne disse ressursene krever imidlertid at det er etablert et godt menneske- til menneske relasjon.

Referanser

Bjørkløf G., Kirkevold M., Engedal K., Selbæk G., og Helvik, A.S., (2015). *Being stuck in a vice: The process of coping with severe depression in late life. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 10:1, 27187, DOI: 103402/qhw.v10.27187.*

Borza T., Engedal K., Bergh S., og Sælbæk G., (2019). *Eldre med depresjon – oppfølging over tre år. Tidsskriftet den norske legeforening, <https://tidsskriftet.no/2019/11/originalartikkel/eldre-med-depresjon-oppfolging-over-tre-ar>*

Dalland, O., (2015). *Metode og oppgaveskriving. 5.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk*

Eide, H., og Eide, T. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk*

Engedal, K., (2008). *Alderspsykiatri i praksis. Tønsberg: Forl. Aldring og Helse*

Folkehelseinstituttet (FHI, 2016), <https://www.fhi.no>

Helsedirektoratet (2019), *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon>*

Holm, A.L., Lyberg, A., Lassenius, E., Severinson, E., og Berggren, I. (2013). Older persons lived experiences of depression and self-management. *Mental Health Nursing, 34:757-764, 2013.*

Hummelvoll, J.K., (2014). *Helt- ikke stykkevis og delt. Oslo: Gyldendal Akademisk.*

Johnsen, K., Engvold, H.O. (2013). *Klinisk kommunikasjon i praksis. Oslo. Universitetsforlaget.*

Kirkevold, M., Brodtkorp, K., Ranhoff, A.H. (2015). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*, 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F., Skaug, E.A., Grumsbø (red), G. (2016). *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Ljungberg, Denhov og Topor (2015). Non-helpful relationships with professionals - a literature review of the perspective of persons with severe mental illness. *Journal of Mental Health*(Abingdon, England), Jun 2016; 25(3): 267-77. doi:10.3109/09638237.2015.1101427.

Moyle,W., (2003). Nurse-patient relationship: A dichotomy of expectations. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2003.12(2): 103-109. 7p.

Norsk helseinformatikk (NHI, 2018), <https://nhi.no>

NSF (2020), *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-forsykepleiere>

Nåvik, M., Sagen, U., (2013), *Miljøbehandling ved depresjon – erfaringer fra en alderspsykiatrisk sengepost*.

Pazargadi, Moghadam, Khoshknab, Alijani og Molazem (2015). *The Therapeutic Relationship in the Shadow: Nurces` Experiences of Barriers to the Nurse-Patient Relationship in the Psychiatric Ward*. *Issues Mental Health Nursing*, 2015 Jul; 36(7):551-7. doi: 10.3109/01612840.2015.1014585.

Scanlon, A., (2006). Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* (Wiley-Blackwell), Jun 2006; 13(3):319-329. 11p.

Shatell M., Starr S., Thomas, S. (2007). *Take my hand, help me out*. Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*, Aug 2007; 16(4): 274-84. doi: 10.1111/j.1447-0349.2007.00477.x.

Sneltvedt, T. (2004). Å være i en relasjon der en opplever en annens smerte. (2004). *Vård I Norden* 4/2004. Publ. No.74 Vol.24 No. 4 PP 36-40.

Thidemann, I.J., (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter, den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget

Travelbee, J., (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K.M. Thorbjørnsen, Overs). Oslo: Gyldendal Akademisk

Verdenshelseorganisasjon (WHO, 2020), <https://www.who.int>

