



Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

## **Bacheloroppgave**

# **Den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasienter med depresjon**

Kandidatnummer: 10080

Antall ord: 8009

# Sammendrag

**Tittel:** Den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasienter med depresjon.

**Hensikt:** Å undersøke hvilke faktorer som påvirker den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasienter med depresjon, og belyse hvordan en slik relasjon kan etableres.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier etablere en terapeutisk relasjon til pasienter med depresjon?

**Metode:** Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie, og det er benyttet åtte forskningsartikler samt annen relevant pensum- og faglitteratur for å belyse oppgavens problemstilling.

**Resultat:** Etableringen av en terapeutisk relasjon fremmes og begrenses av indre og ytre faktorer som er relatert til sykepleiers kvalifikasjoner, mellommenneskelige aspekter og omgivelsene. Noen av de sentrale faktorene i relasjonen er tillit og kommunikasjon.

**Konklusjon:** Sykepleier bør bruke sine kunnskaper, ferdigheter og egenskaper til å få innsikt i pasientens opplevelser av og erfaringer med egen depresjon og styrke det emosjonelle båndet mellom dem slik at en terapeutisk relasjon kan etableres. Dette innebærer at sykepleier er bevisst på hvordan indre og ytre faktorer påvirker relasjonen.

**Nøkkelord:** Depresjon, terapeutisk relasjon og sykepleier.

*«IN MY EARLY PROFESSIONAL YEARS I WAS ASKING THE QUESTION: HOW CAN I TREAT, OR CURE, OR CHANGE THIS PERSON? NOW I WOULD PHRASE THE QUESTION IN THIS WAY: HOW CAN I PROVIDE A RELATIONSHIP WHICH THIS PERSON MAY USE FOR HIS OWN PERSONAL GROWTH?»*

(ROGERS, SITERT I SKAU, 2017, s. 31)

# Innhold

Tabeller .....	vi
1. Innledning.....	7
1.1. Introduksjon av tema .....	7
1.2. Bakgrunn for valg av tema .....	7
1.3. Definisjon av problemstillingens sentrale begrep .....	7
1.4. Avgrensning og presisering av problemstillingen .....	8
1.5. Oppgavens kapitler.....	8
2. Metode .....	9
2.1. Valgt metode .....	9
2.2. Søkeprosess .....	9
2.3. Søkehistorikk med søketabell.....	10
2.4. Valgt litteratur og kildekritikk.....	12
3. Empiri.....	14
3.1. Artikkelmatriks .....	14
3.2. Sammenfatning av empiri .....	22
3.2.1. Pasientenes håndteringer og opplevelser av depresjon.....	22
3.2.2. Sykepleieres holdninger .....	22
3.2.3. Faktorer som fremmer og begrenser den terapeutiske relasjonen.....	22
4. Teori .....	24
4.1. Moderat og alvorlig depresjon .....	24
4.1.1. Kjennetegn ved moderat til alvorlig depresjon .....	24
4.1.2. Anbefalt behandling.....	25
4.2. Relasjonen mellom sykepleier og pasient .....	25
4.2.1. Sykepleierens kunnskap og kompetanse .....	25
4.2.2. Kommunikasjon .....	26
4.2.3. Hva består den terapeutiske relasjonen av?.....	26
4.3. Joyce Travelbees sykepleieteori .....	27
4.3.1. Menneske-til-menneske-forholdet .....	27
4.3.2. Faser i menneske-til-menneske-forholdet.....	28
5. Diskusjon .....	29
5.1. Innledning.....	29
5.2. Etableringen av en terapeutisk relasjon.....	29
5.2.1. Sykepleierens faglige og personlige faktorer .....	29
5.2.2. Mellommenneskelige faktorer .....	30
5.2.3. Faktorer i omgivelsene.....	32

6. Konklusjon .....	34
Referanser.....	35

# Tabeller

Tabell 1: Søketablell .....	10
Tabell 2: Artikkelmatrise for artikkel A .....	14
Tabell 3: Artikkelmatrise for artikkel B .....	15
Tabell 4: Artikkelmatrise for artikkel C .....	16
Tabell 5: Artikkelmatrise for artikkel D .....	17
Tabell 6: Artikkelmatrise for artikkel E .....	18
Tabell 7: Artikkelmatrise for artikkel F.....	19
Tabell 8: Artikkelmatrise for artikkel G .....	20
Tabell 9: Artikkelmatrise for artikkel H .....	21

# 1. Innledning

## 1.1. Introduksjon av tema

Depresjon er en vanlig psykisk lidelse, og på verdensbasis er flere enn 264 millioner mennesker rammet av lidelsen (World Health Organization, 2020). Det anslås at 7-12% av alle menn og 15-25% av alle kvinner vil få en depresjon som er behandlingstrengende i løpet av livet (Norsk Helseinformatikk, 2019). Ved moderat til alvorlig depresjon anbefales strukturert psykologisk behandling som har til hensikt å hjelpe pasienten med å forstå og mestre sine problemer (Helsedirektoratet, 2009). Behandlingen innebærer blant annet en terapeutisk allianse som består av enighet om mål mellom sykepleier og pasient, hvordan disse målene kan oppnås, og det emosjonelle båndet som skapes gjennom alliansen (Bordin, som sitert i Helsedirektoratet, 2009). Det mellommenneskelige forholdet er en viktig del av sykepleieutøvelse (Kristoffersen & Nortvedt, 2016), og den terapeutiske relasjonen beskrives som en sentral og fundamental kjerne i psykiatrisk sykepleie (Dziopa & Ahern, 2009; Moreno-Poyato et al., 2016; Pazargadi, Moghadam, Khoshknab, Renani, & Molazem, 2015). Relasjonen er av betydning for pasientens behandlingsresultat, og når den skal etableres bør sykepleieren ha avanserte sykepleieferdigheter som muliggjør anvendelse av relasjonsfremmende egenskaper (Dziopa & Ahern, 2009).

## 1.2. Bakgrunn for valg av tema

I forbindelse med de forskjellige praksisperiodene som arrangeres på sykepleierutdanningen har jeg møtt mange pasienter med depresjon og gjort meg erfaringer relatert til deres møter med sykepleiere i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Da jeg var i praksis på en psykiatrisk avdeling opplevde jeg at sykepleierne var usikre på hvordan de skulle kommunisere med alvorlig deprimerte pasienter, og at det var begrenset med tid til langvarige interaksjoner som følge av organisatoriske faktorer. Dette fikk meg til å tenke over de psykososiale behovene mennesker har i relasjoner og hvordan sykepleier kan bruke sine kunnskaper, ferdigheter og egenskaper til å hjelpe pasienter med å mestre sin depresjon. Forskning viser at den terapeutiske relasjonen er et viktig aspekt i psykiatrisk sykepleie og at sykepleiere og pasienter ofte har like forventninger til hvilke elementer som inngår i etableringen av en slik relasjon. Likevel avviker forventningene fra det som faktisk utspiller seg mellom partene ved praktisering av sykepleie (Moreno-Poyato et al., 2016). På bakgrunn av mine opplevelser og erfaringer vedrørende relasjoner mellom sykepleiere og pasienter med depresjon ønsker jeg å bruke denne oppgaven til å undersøke dette temaet gjennom å belyse følgende problemstilling:

**«Hvordan kan sykepleier etablere en terapeutisk relasjon til pasient med depresjon?»**

## 1.3. Definisjon av problemstillingens sentrale begrep

**Depresjon:** En bred og heterogen diagnosegruppe som kjennetegnes av karakteristiske symptomer (Helsedirektoratet, 2009). Oppgaven omhandler pasienter som oppfyller kriteriene for moderat depressiv episode til alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer i henhold til diagnosemanualen *International Classification of Diseases (ICD-*

10) (World Health Organization, 1992). Videre vil disse diagnosene bli omtalt synonymt med henholdsvis moderat depresjon og alvorlig depresjon.

**Terapeutisk relasjon:** Travelbee (1999) bruker begrepet «terapeutisk» til å beskrive et virkemiddel eller en metode som i seg selv lindrer pasientens plager, og relasjonen mellom sykepleier og pasient vil derfor være terapeutisk når den har helbredende effekt på pasienten (s. 44). Oppgaven fokuserer særlig på *det emosjonelle båndet* som skapes i en terapeutisk allianse (Bordin, som sitert i Helsedirektoratet, 2009). Internasjonale studier bruker begrepet «*The therapeutic relationship*» om den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient (Moreno-Poyato et al., 2016; Pazargadi et al., 2015), og Moreno-Poyato et al. (2016) definerer relasjonen som en interpersonlig interaksjon basert på tillit. Den terapeutiske relasjonen viser altså til *en mellommenneskelig interaksjon basert på tillit mellom sykepleier og pasient som har helbredende effekt på pasienten*. I oppgavens empiri- og teoridel benyttes begrepet synonymt med fellesskap eller forkortelsen TR.

**Sykepleier:** En sykepleier innehar og er i stand til å bruke spesialiserte kunnskaper for «å hjelpe andre mennesker med å forebygge sykdom, gjenvinne helse, finne mening i sykdom eller opprettholde en best mulig helsetilstand» (Travelbee, 1999, s. 72), innenfor juridisk avgrensede områder (s. 72). Travelbee (199) skiller mellom begrepene «sykepleier» og «profesjonell sykepleier» ved at den profesjonelle sykepleieren anvender en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer og bruker seg selv terapeutisk. I oppgaven brukes kun begrepet «sykepleier» da jeg anser sykepleieren som profesjonell i utgangspunktet. Videre vil begrepet «behandler» også omfatte sykepleier, og personlig pronomen «hun» og «han» refererer henholdsvis til «sykepleieren» og «pasienten».

## 1.4. Avgrensning og presisering av problemstillingen

På bakgrunn av funn i empirien har jeg hovedsakelig valgt å fokusere på pasienter med moderat til alvorlig depresjon uten psykose. Av hensyn til oppgavens omfang har jeg ikke tatt for meg symptomer som selvskading eller selvmordstanker, samt tilleggsdiagnoser. Videre har jeg ikke inkludert tvangsinnleggelse eller andre behandlingsformer som omfatter bruk av tvang. Pasienter på sykehjem eller brukere i hjemmetjenesten er ikke inkludert.

## 1.5. Oppgavens kapitler

Denne oppgaven er bygd opp av seks kapitler, og består av innledning, metode, empiri, teori, diskusjon og konklusjon. I innledningen presenteres oppgavens tema og problemstilling, deretter defineres sentrale begrep i problemstillingen i tillegg til at presisering og avgrensning blir avklart. Videre tar metodekapittelet for seg valgt metode, søkeprosess, søkehistorikk med søketabell samt valgt litteratur og kildekritikk. Oppgavens tredje kapittel, empiri, består av åtte artikkelmatriser og en sammenfatning av empiriske funn. Kapittel fire presenterer det teoretiske grunnlaget og omhandler «Moderat og alvorlig depresjon», «Relasjonen mellom sykepleier og pasient» og «Joyce Travelbees sykepleieteori» med sine respektive underkapitler. I det femte kapittelet drøftes det teoretiske grunnlaget opp mot empiriske funn for å belyse oppgavens problemstilling. Avslutningsvis blir sentrale aspekter ved drøftingen oppsummert i oppgavens konklusjon.



## 2. Metode

I dette kapitlet blir valg av metode og søkeprosess beskrevet og videre presenteres søkehistorikk i form av søketabell. Deretter vil jeg gjøre rede for litteraturen som er utvalgt i oppgaven og vurderinger relatert til kritikk av kilder.

### 2.1. Valgt metode

Metoden er det redskapet som brukes til å løse problemer og innhente ny kunnskap (Aubert, sitert i Dalland, 2017, s. 51). Hvilken metode som er best egnet for å finne informasjon vil være avhengig av spørsmålet som skal besvares eller problemstillingen som skal belyses, og man skiller mellom kvantitative og kvalitative metoder. De kvantitative metodene kjennetegnes blant annet av at de går i bredden og gir data som er tilknyttet atskilte fenomener i form av målbare data. Kvalitative metoder går derimot i dybden og har til hensikt å fange opp opplevelser og meninger som ikke lar seg måle (Dalland, 2017, s. 52-53).

Denne oppgaven er en litteraturstudie som baserer seg på data fra eksisterende forskning, teori og fagkunnskap (Dalland, 2017, s. 207). I en litteraturstudie blir kunnskap fra skriftlige kilder systematisert ved at den innsamlede litteraturen vurderes kritisk før den til slutt sammenfattes (Magnus & Bakketeig, sitert i Thidemann, 2015, s. 79). Denne prosessen består av seks ulike trinn og i det første trinnet blir en presis og avgrenset problemstilling formulert. Deretter skal litteratursøket forberedes, noe som blant annet innebærer at det utvikles en søkestrategi og at det blir tatt et valg om hvilke databaser som skal benyttes i søkeprosessen. Når litteratursøket gjennomføres samles aktuelle artikler inn og det lages en tabell der søkehistorikken presenteres. Videre blir kvaliteten på artiklene vurdert og artiklene fremstilles i en litteraturmatrikse. Etter at resultater og funn fra artiklene er tolket og analysert kan resultatene sammenfattes (Thidemann, 2015, s. 80).

### 2.2. Søkeprosess

Da oppgavens problemstilling var utformet startet en omfattende prosess med å finne aktuell litteratur og relevant forskning. I begynnelsen av prosessen tok jeg utgangspunkt i sentrale begrep fra problemstillingen og fant engelske nøkkelord og emneord relatert til «Nurse», «Depression» og «Therapeutic relationship» i Cinahl Headings og MeSH. Videre ble det gjennomført strukturerte litteratursøk i databasene Cinahl, PubMed, PsycInfo, Oria.no og SveMed+. For å avgrense søkene ble inklusjonskriterier satt i form av at forskningsartiklene skulle være yngre enn ti år, ha IMRaD-struktur, være fagfellevurdert og være skrevet på engelsk eller skandinavisk språk. Eksklusjonskriteriene var artikler som omhandlet pasienter på sykehjem og brukere i hjemmetjenesten. Ved strukturerte søk i nevnte databaser ble emneord og nøkkelord kombinert med «AND» og «OR», men søkene resulterte ikke i funn av forskningsartikler som ble vurdert til å være relevante for problemstillingen. Det ble derfor tatt et valg om å søke tematisk basert på min forforståelse av temaet. Dette innebar å strukturere søkene etter pasientens perspektiv på depresjon, sykepleieres holdninger til pasienter med psykiske lidelser, den terapeutiske relasjonen i psykiatrisk sykepleie og praktisering av psykiatrisk sykepleie. Det ble ikke funnet aktuelle

artikler i Oria.no eller PsycInfo, og de åtte forskningsartiklene som ble valgt ut presenteres i kapittel 2.3 (tabell 1).

### 2.3. Søkehistorikk med søketabell

I tabell 1 vises en oversikt over de ulike databasene som har blitt brukt til å finne artikler, dato for søkene, hvilke søkeord som er benyttet, avgrensning, antall treff og hvor mange artikler som ble valgt per søk. Til slutt presenteres artiklene med tittel, årstall og tidsskrift.

**Tabell 1: Søketabell**

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
<b>Cinahl</b>	20.04.20	S1	"Nurse"		272,611	
		S2	(MH "Depression+") OR "depression or depressive disorder or depressive symptoms or major depressive disorder"		120,800	
		S3	(MH "Attitude+") OR "Attitude" OR (MH "Psychotherapist Attitudes") OR (MH Attitude to Illness+)		497,782	
		S4	(MH "Behavior+") OR "behavior"		1,123,941	
		S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		658	
		S6	(MH "Interpersonal Relations+") OR "interactions and relationships"		303,263	
		S7	S5 AND S6	Published Date: 20100101-20201231; English Language; Peer Reviewed	116	1 (A)
<b>PubMed</b>	21.04.20	S1	Adaptation		647,931	
		S2	Adult		7,743,897	
		S3	Depression		551,696	
		S4	Gender		1,078,590	

		S5	Male		8,645,152	
		S6	Female		8,798,433	
		S7	Emotions		365,623	
		S8	Interpersonal relations		326,410	
		S9	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 AND S6 AND S7 AND S8	In the last 10 years	40	1 (B)
	02.05.20	S1	Mental health professionals	In the last 10 years	15,825	
		S2	Stigma	In the last 10 years	19,420	
		S3	Attitude	In the last 10 years	266,821	
		S4	Mental illness	In the last 10 years	468,000	
		S5	Relationship	In the last 10 years	784,390	
		S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	In the last 10 years	70	1 (C)
	07.05.20	S1	Psychiatric	In the last 10 years	343,705	
		S2	Nurses	In the last 10 years	314,103	
		S3	Relationship	In the last 10 years	786,197	
		S4	Therapeutic	In the last 10 years	2,366,747	
		S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	In the last 10 years	805	2 (E) (F)
	11.05.20	S1	Nurse-patient relationship	In the last 10 years	10,221	
		S2	Practice environment	In the last 10 years	66,369	
		S3	Psychiatric inpatient care	In the last 10 years	12,079	
		S4	S1 AND S2 AND S3	In the last 10 years	9	1 (G)
	11.05.20	S1	Psychiatric nursing	In the last 10 years	9,527	
		S2	Psychology	In the last 10 years	675,597	
		S3	Male	In the last 10 years	3,088,098	
		S4	Female	In the last 10 years	3,190,492	

		S5	Humans	In the last 10 years	6,234,045	
		S6	Truth disclosure	In the last 10 years	3,898	
		S7	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 AND S6	In the last 10 years	6	1 (H)
<b>SveMed+</b>	05.05.20	S1	Relasjon		6,914	
		S2	Psykisk helsearbeid		554	
		S3	Empati		666	
		S4	S1 AND S2 AND S3	Peer reviewed	1	1 (D)

#### **Inkluderte artikler:**

- (A) Risking existence: The experience and handling of depression. (2018). *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), e514-e522.
- (B) «My greatest dream is to be normal»: The impact of gender on the depression narratives of young Swedish men and women. (2011). *Qualitative Health Research*, 21(5), 612-624.
- (C) Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? (2013). *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 48-54.
- (D) Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid—En kvalitativ studie. (2014). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(04), 328-338.
- (E) The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. (2016). *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 782-787.
- (F) The Therapeutic Relationship in the Shadow: Nurses' Experiences of Barriers to the Nurse-Patient Relationship in the Psychiatric Ward. (2015). *Issues in Mental Health Nursing*, 36(7), 551-557
- (G) Taking personal responsibility: Nurses' and assistant nurses' experiences of good nursing practice in psychiatric inpatient care. (2016). *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(5), 434-443.
- (H) 'Your experiences were your tools'. How personal experience of mental health problems informs mental health nursing practice. (2017). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(7), 471-479.

## 2.4. Valgt litteratur og kildekritikk

Som følge av begrenset tilgang til trykte bøker fra universitetets bibliotek grunnet Covid-19-utbruddet ble digitale fagbøker funnet gjennom nettsiden til Nasjonalbiblioteket. Videre har jeg benyttet tilgjengelig pensumlitteratur, forskningsartikler, oppslagsverk relatert til helse, offentlige publikasjoner, digitale fagleksika samt yrkesetiske og nasjonale retningslinjer. Ved bruk av oppslagsverk har det blitt forsøkt å finne informasjon som er publisert eller oppdatert siste to år.

Dalland (2017) viser til kildekritikk som vurdering og karakterisering av litterære funn (s. 158). I henhold til inklusjons- og eksklusjonskriteriene som ble satt resulterte de strukturerte søkene i totalt åtte forskningsartikler, der seks av dem er kvalitative studier,

én har kvantitativ metode og den siste er en oversiktsartikkel. Syv av artiklene er primærstudier. Det vil si at de presenterer ny kunnskap om et emne, og metoden som er benyttet skal være mulig å etterprøve og kontrollere. Oversiktsartikler har til hensikt å tolke andre sitt arbeid og kategoriseres som sekundærstudier (Dalland, 2017, s. 162-163). Alle artiklene som ble utvalgt er publisert i vitenskapelige tidsskrifter, og de aktuelle tidsskriftene har blitt søkt opp og kontrollert i Register over godkjente vitenskapelige publiseringskanaler fra norsk senter for forskningsdata (NSD). Forskningsartiklene har lik struktur og er bygd opp gjennom introduksjon, metode, resultat og diskusjon, altså IMRaD-struktur. Som følge av den språklige avgrensningen ble det funnet syv artikler skrevet på engelsk og én på norsk, og i henhold til tidsavgrensningen er alle artiklene yngre enn ti år.

Ved utøvelse av kildekritikk skal relevans, gyldighet og holdbarhet vurderes (Dalland, 2017, s. 159). Ettersom oppgavens problemstilling omhandler den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasienter med depresjon var det hensiktsmessig å finne forskning som kunne belyse problemstillingen fra forskjellige perspektiver. Det ble tatt sikte på å finne studier fra Skandinavia og europeiske land som er vurdert til å ha lignende struktur som det norske helsevesenet. Moreno-Poyato et al. (2016) og Pazargadi et al. (2015) har blitt inkludert på bakgrunn av deres relevans for problemstillingen og fordi de omhandler grunnleggende mellommenneskelige aspekter. Det var få artikler innenfor den valgte tidsavgrensningen som undersøkte den terapeutiske relasjonen mellom sykepleiere og pasienter med depresjon, så studiene som tar for seg terapeutisk relasjon omfatter pasienter med ulike psykiske lidelser. Dette må tas i betraktning ved kritisk vurdering. I tillegg kan formuleringer i spørreskjemaer og intervju påvirke resultatene, og informasjon bli feiltolket som følge av flere oversettelsesprosesser. Alle studiene med unntak av oversiktsartikkelen ble godkjent av etiske komitéer.

## 3. Empiri

I dette kapitlet presenteres valgt empiri i artikkelmatriser og sammenfattet empiri som er relevant for å drøfte oppgavens problemstilling.

### 3.1. Artikkelmatrise

**Tabell 2: Artikkelmatrise for artikkel A**

<b>Referanse</b>	<b>Bygstad-Landro, M., &amp; Giske, T. (2018). Risking existence: The experience and handling of depression. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 27(3–4), e514–e522.</b>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Hensikten med studien var å få innsikt i hvordan mennesker med depresjon opplever og håndterer sitt eget liv.
<b>Metode</b>	Kvalitativt forskningsdesign med databasert teoriutvikling ( <i>grounded theory</i> ). Dybdeintervju med 18 norske deltakere (18-65 år) gjennomført i 2015-2016. De første deltakerne som ble rekruttert var under poliklinisk behandling eller innlagt ved en av to ulike psykiatriske sykehus og oppfylte kriteriene for moderat depresjon. For å få en oversikt over flere av teoriens faser ble det etter hvert også rekruttert en ny gruppe deltakere. Disse hadde tidligere hatt en eller flere depressive episoder, men mottok ikke behandling for depresjon på det tidspunktet intervjuene ble gjennomført.
<b>Resultat</b>	Deltakernes største bekymring var knyttet til «lengselen etter tilhørighet» ( <i>Longing for belonging</i> ), og de håndterte sin egen depresjon gjennom prosessen «våge å eksistere» ( <i>Risking existence</i> ). Prosessen besto av fire faser: (i) <i>Ungraspable processing</i> , som er preget av usikkerhet, grubling, ensomhet og utmattelse; (ii) <i>Giving clues</i> , der man gir små hint for å vurdere om noen andre burde få tilgang til ens innerste tanker; (iii) <i>Daring dependence</i> , hvor man tillater seg å være åpen og «avsløre» sine innerste tanker fordi man blir møtt med anerkjennelse og aksept; (iiii) <i>Courage to be</i> , at man evner å verdsette og omfavne seg selv. Faktorer som håp, mental utholdenhet og skam var tilstedeværende gjennom hele prosessen.
<b>Kommentar og relevans for problemstillingen</b>	Studien belyser strategiene som personer med depresjon bruker i de forskjellige fasene av bedringsprosessen. Å kunne orientere seg selv og forstå pasientens behov ut ifra hvilken fase pasienten befinner seg i er viktig når sykepleiere skal etablere en relasjon til pasienter med depresjon.

**Tabell 3: Artikkelmatrix for artikkel B**

<b>Referanse</b>	<b>Danielsson, U. E., Bengs, C., Samuelsson, E., &amp; Johansson, E. E. (2011). «My greatest dream is to be normal»: The impact of gender on the depression narratives of young Swedish men and women. <i>Qualitative Health Research, 21(5), 612–624.</i></b>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Studiens hensikt var å undersøke hvordan kjønnsforskjeller påvirker opplevelsen av depresjon hos unge menn og kvinner i Sverige.
<b>Metode</b>	Kvalitativt forskningsdesign med databasert teoriutvikling ( <i>grounded theory</i> ) ble brukt til samling av data og analysering av resultatene. Alle informantene oppfylte ICD-10 kriteriene for depresjon og var under et psykiatrisk behandlingsforløp i Nord-Sverige da rekrutteringsprosessen pågikk (2006-2008). Totalt 23 unge voksne (11 menn og 12 kvinner) i alderen 17-25 år ble intervjuet. Det ble innhentet muntlig og skriftlig samtykke fra deltakerne.
<b>Resultat</b>	Forfatterne kom fram til kjernekategori «Strebe etter å være normal» ( <i>Strive to be normal</i> ). Den var tilknyttet fem underkategorier: (i) <i>Demanding images</i> , der samfunnets framstillinger påvirket informantenes perspektiv på depresjon, (ii) <i>Identity trouble</i> , som omhandlet deres selvbilde og identitet i sosiale relasjoner, (iii) <i>Overwhelmed by feelings</i> , hvor de opplevde eller undertrykte sterke følelser som skam, flauhet, irritasjon, sinne og tristhet, (iv) <i>Dreams of an ordinary family</i> , der informantenes inntrykk av sine foresatte preget deres oppfatning av kjønnsstereotypiske roller og følelsesreaksjoner, (v) <i>Getting a safety net</i> , om behovet for et trygt og variert nettverk. Informantene var sterkt påvirket av typiske kjønnsstereotyper og kjønnsnormene blei stor grad opprettholdt av skamfølelse, noe som resulterte i begrenset utfoldelse hos informantene. Til tross for dette viste studien at disse normene ofte ble brutt av begge kjønn. Resultatene viste at helsepersonell kan oppfordre menn til å være følelsesmessig åpne og snakke om problemene sine, mens kvinner kan utfordre seg selv og få større tro på sine egne styrker.
<b>Kommentar og relevans for problemstillingen</b>	Det er viktig for sykepleiere å være bevisst på, ha kunnskap om og vise forståelse for at stereotypi og kjønn påvirker hvordan unge voksne håndterer sin depresjon. Det er også en relevant faktor å ta hensyn til ved etablering av relasjon til unge pasienter med depresjon.

**Tabell 4: Artikkelmatrise for artikkel C**

<b>Referanse</b>	<b>Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P., &amp; Svensson, B. (2013). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? <i>International Journal of Social Psychiatry</i>, 59(1), 48–54.</b>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Studiens hensikt var å undersøke hvilke holdninger helsepersonell i den psykiatriske helsetjenesten har til pasienter med psykiske lidelser. Videre ble deres holdninger sammenlignet med holdningene til pasientene som mottok psykiatriske helsetjenester.
<b>Metode</b>	Det ble utført en kvantitativ tverrsnittstudie der 140 ansatte og 141 pasienter besvarte et spørreskjema som omhandler holdninger ( <i>12-item Perceived Devaluation-Discrimination Questionnaire</i> ). De ansatte tilhørte 14 utvalgte psykiatriske institusjoner lokalisert sørvest i Sverige, og alle hadde ulike utdanningsbakgrunner. I studien var ca. 55% av de ansatte utdannende sykepleiere. 58,4% av deltakerne arbeidet med polikliniske pasienter og 41,6% med innlagte pasienter. 73,6% av pasientgruppen hadde ikke-psykotiske lidelser og 50,9% av pasientene var diagnostisert med en stemningslidelse.
<b>Resultat</b>	Studien viste at de ansatte hadde utbredte negative holdninger til mennesker med psykiske lidelser. Dette gjaldt særlig på spørsmålene om en arbeidsgiver ville vurdert en jobbsøknad fra en person med psykiske lidelser, om å dra på date med en mann som har vært innlagt på psykiatrisk sykehus og om å la psykiatriske pasienter passe på andre sine barn. Ansatte som behandlet inneliggende pasienter eller pasienter med psykose hadde mest negative holdninger. Pasientene som deltok i studien uttrykte stort sett negative holdninger til de samme spørsmålene som markerte seg hos de ansatte, og på tre av spørsmålene hadde de ansatte en betydelig mer positiv holdning enn pasientene. Disse spørsmålene handlet om det å bli behandlet ved et psykiatrisk sykehus var et tegn på mislykkethet, om mennesker tenker mindre om personer som har vært på psykiatrisk sykehus og om personer som har vært innlagt på psykiatrisk sykehus blir tatt mindre på alvor.
<b>Kommentar og relevans for problemstillingen</b>	Sykepleiere som skal behandle pasienter med psykiske lidelser må være klar over sine egne holdninger til denne pasientgruppen, og vurdere om disse holdningene påvirker evnen til å ivareta pasientenes behov for sykepleie. Negative holdninger hos sykepleier og pasient kan redusere kvaliteten på den terapeutiske relasjonen.



**Tabell 5: Artikkelmatrise for artikkel D**

<b>Referanse</b>	<b>Torbjørnsen, A. B. E., Strømstad, J. V., Aasland, A. M. K., &amp; Rørtveit, K. (2014). Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid—En kvalitativ studie. <i>Tidsskrift for psykisk helsearbeid</i>, 11(04), 328–338.</b>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Studien utforsket ulike faktorer som påvirker holdningene helsepersonell har til psykiatriske pasienter, og den hadde som mål å undersøke betydningen av å oppfatte pasientens symptomer som mestring. Forskningsspørsmålet var: «Hvilken betydning har systematisk refleksjon over pasientens mestringsstrategier for utvikling av empati hos helsepersonell?».
<b>Metode</b>	Det ble benyttet et eksplorativt design for å utforske refleksjonene som ble gjort av helsepersonalet i forbindelse med praksisnære erfaringer. Studien er basert på kvalitative forskningsintervju, og data ble innsamlet gjennom to fokusgruppeintervju med åtte ansatte ved en sengepost i et distriktpspsykiatrisk senter (DPS) tilhørende Helse Vest. Deltakerne besto av en hjelpepleier og syv sykepleiere, alle hadde lang erfaring innen psykisk helsevern.
<b>Resultat</b>	Funnene fra diskusjonen i fokusgruppen resulterte i ett hovedtema og to tema med respektive undertema. Hovedtemaet omhandlet «Ønske om å forstå pasientens livsverden» og viste til det å bli kjent med og forstå pasienten som en person. Å se pasientens symptomer som en tillært mestringsstrategi påvirket helsepersonalets holdninger på en positiv måte og medførte økt forståelse for pasienten som menneske. Videre tok det første temaet for seg «Uro over personalets språklige makt», som handlet om makten i språket, hvordan språk kan påvirke holdninger og bruk av ord som er positivt eller negativt ladet. Det siste temaet, «Anerkjennende tilstedeværelse», pekte på viktigheten av å anerkjenne de ulike sidene av pasienten som blir identifisert av helsepersonellet. Her ble det også trukket fram at pasientene kunne være sensitive for om de ble tatt imot med velvilje og uten fordommer, og at felles mestringsgjennomgang blant helsepersonalet gav ny motivasjon som resulterte i medfølelse og økt empati.
<b>Kommentar og relevans for problemstillingen</b>	Studien viser at helsepersonell, herunder sykepleiere, kan påvirke sine egne holdninger til pasienter ved å fokusere på mestringsstrategier i stedet for symptomer. De kan også reflektere over pasientenes individuelle verdi, anerkjenne dem, være nysgjerrige på deres fortellinger om seg selv, ha et ønske om å forstå deres perspektiver og bruke egen kunnskap til å gi pasienten økt innsikt i eget liv. Dette kan bidra til å forsterke sykepleierens empatiske evner.

**Tabell 6: Artikkelmatrikse for artikkel E**

<p><b>Referanse</b></p>	<p><b>Moreno-Poyato, A. R., Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., ... Roldán-Merino, J. F. (2016). The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i>, 30(6), 782–787.</b></p>
<p><b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b></p>	<p>Forskningsspørsmålene var: «Hvilken betydning har terapeutisk relasjon for sykepleier og pasienter?» og «Hvilke faktorer fremmer og hvilke faktorer begrenser produksjonen av TR i klinisk praksis?»</p>
<p><b>Metode</b></p>	<p>Det ble utført en narrativ litteraturgjennomgang (<i>narrative review of the litterature</i>) ved bruk av strukturerte søk i databasene Scopus, Cinahl og PubMed. I søkeprosessen ble nøkkelordene 'mental health nursing', 'psychiatric nursing', 'therapeutic relationship', 'nurse-patient relations', and 'interpersonal relations' kombinert i de ulike databasene. Deretter ble innholdet i artiklene analysert og data ble fragmentert gjennom deskriptiv koding.</p>
<p><b>Resultat</b></p>	<p>Totalt ble 48 artikler analysert og beskrevet i denne studien. Den tar først for seg sykepleierens perspektiv og deretter perspektivet til de innlagte pasientene. Fra sykepleierens perspektiv omhandlet TR blant annet kunnskap, klinisk erfaring, tillit, mellommenneskelige egenskaper, omsorg, tilgjengelighet, tålmodighet, selvbevissthet, kommunikasjon, ikke-dømmende holdninger og bruk av humor. Å gi pasientene trygghet, støtte og hjelp til egenomsorg, ivareta pasientenes helse og egne personlige karakteristikk ble omtalt som viktig. Begrensende faktorer i TR omhandlet blant annet aspekter i det organisatoriske, psykososiale og fysiske arbeidsmiljøet og å ikke være forberedt på å gi pasientene individuell oppmerksomhet. De innlagte pasientene rapporterte om forventninger de hadde til TR. Først var det fokus på hvilken type hjelp pasientene håpet at de skulle motta av sykepleierne, som var karakterisert av personlig omsorg, respekt og myndiggjøring. Pasientene håpet også at sykepleierne hadde spesifikke kvalifikasjoner relatert til TR, deriblant respekt, fravær av fordommer, empati, forståelse, tilgjengelighet, samhold, genuinitet, tillit og sans for humor trukket fram. Begrensende faktorer var knyttet til mangel på tilgjengelighet, kommunikasjon og tid til interaksjon, opplevelse av å ikke få bidra og å bli behandlet som problemer som måtte løses. Sykepleierne ble ofte sett på som autoritære og utrygge, noe som medførte negative følelser. Sårbarhet, objektivisering, dehumanisering og frustrasjon ble påpekt som de mest negative aspektene fra pasientenes side.</p>

<b>Kommentar og relevans for problemstillingen</b>	Oversiktsartikkelen sammenligner begge parters perspektiver på hva som fremmer og begrenser et TR. For at en terapeutisk relasjon skal kunne etableres mellom sykepleiere og pasienter med psykiske lidelser er det nødvendig at sykepleiere har kunnskaper og forståelse om pasientenes forventninger og forhåpninger tilknyttet den terapeutiske relasjonen.
--	--

**Tabell 7: Artikkelmatrise for artikkel F**

<b>Referanse</b>	<b>Pazargadi, M., Moghadam, M. F., Khoshknab, M. F., Renani, H. A., &amp; Molazem, Z. (2015). The Therapeutic Relationship in the Shadow: Nurses' Experiences of Barriers to the Nurse–Patient Relationship in the Psychiatric Ward. <i>Issues in Mental Health Nursing</i>, 36(7), 551–557.</b>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Studiens hensikt var å få dypere innsikt i hvilke erfaringer sykepleiere som arbeider i psykiatriske avdelinger har med barrierer i sykepleier-pasient-relasjonen.
<b>Metode</b>	Kvalitativ innholdsanalyse ( <i>content-analysis</i> ) gjennomført i 2012-2013 blant sykepleiere som arbeidet på en psykiatrisk avdeling tilhørende et sykehus i Iran. Semistrukturerte intervjuer med 15 sykepleiere hvor data ble analysert ved induktiv innholdsanalyse.
<b>Resultat</b>	Dataanalysen resulterte i konseptet «Den terapeutiske relasjonen i skyggen» ( <i>Therapeutic relationship in the shadow</i> ). Til tross for at deltakerne påpekte viktigheten av sykepleier-pasient-relasjonen hadde de inntrykket av at den ble begrenset av individuelle og organisatoriske faktorer. De opplevde at fokuset var på rutiner og tradisjonell hjelp og at den terapeutiske relasjonen ble nedprioritert. Barrierer i relasjonen mellom sykepleier og pasienter ble klassifisert i tre hovedkategorier. Den første, sykepleierrelaterte barrierer, inkluderte karakteristikk hos sykepleierne som forhindret etableringen av en terapeutisk sykepleie-pasient-relasjon. Eksempler på slike karakteristikk var negative egenskaper og mangelfulle ferdigheter og negative holdninger til sykepleie-pasient-relasjonen. Pasientrelaterte barrierer var blant annet pasientenes mangel på kunnskap og manglende evne til å kommunisere med andre. Problemer i forbindelse med kommunikasjonen kunne være relatert til pasientenes symptomer, diagnose, evner og egenskaper. Av organisatoriske barrierer ble lav bemanning, stort antall pasienter og høy arbeidsbelastning trukket fram.
<b>Kommentar og relevans for problemstillingen</b>	Studien forklarer hvilke ulike faktorer relatert til sykepleiere, pasienter og aktuelle organisasjoner som kan forhindre etableringen av en terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient.

**Tabell 8: Artikkelmatrise for artikkel G**

<b>Referanse</b>	<b>Gabrielsson, S., Sävenstedt, S., &amp; Olsson, M. (2016). Taking personal responsibility: Nurses' and assistant nurses' experiences of good nursing practice in psychiatric inpatient care. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 25(5), 434–443.</b>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Hensikten med studien var å utforske sykepleieres og helsefagarbeideres opplevelse av god praktisering av sykepleie til innlagte pasienter i psykisk helsevern. I denne studien ble god praktisering av sykepleie forstått som at man var relasjonsorientert og møtte pasientenes behov.
<b>Metode</b>	Kvalitative semistrukturerte intervjuer med 12 relasjonsorienterte sykepleiere og helsefagarbeidere som hadde erfaringer fra psykisk helsevern i Sverige. Data ble analysert ut fra en fortolkende deskriptiv tilnærming. Analysene resulterte i ett hovedtema, tre kategorier og 12 underkategorier innenfor to forskjellige områder. Intervjuene ble utført i 2014 og alle deltakerne leverte skriftlig samtykke til studiens første forfatter.
<b>Resultat</b>	Studiens hovedtema var «Å ta personlig ansvar» ( <i>Taking personal responsibility</i> ). Faktorer som god ledelse i organisasjonen, å være moralsk og behandle pasientene med respekt ble ansett som viktige av deltakerne. De påpekte også problemer tilknyttet mangelen på disse faktorene. Etablering av relasjon til pasientene krevde at man hadde nok tid i løpet av en arbeidsdag, noe som var essensielt for å behandle pasientene med verdighet. Administrative oppgaver, lav bemanning og høyt antall pasienter medførte at de ble nødt til å ta et valg om hva som skulle prioriteres. Å være fysisk og mentalt til stede for pasientene var nødvendig for å oppnå kontakt og tillit, og for å forstå deres ønsker og behov. Opplevelse av personlig tilknytning medførte at pasientene kunne være åpne, noe som gjorde at deltakerne følte at jobben var meningsfull. Deltakerne forklarte at enkelte pasienter ikke var mottakelige for intervensjoner på grunn av symptomer eller mangel på mental tilstedeværelse, noe som kunne begrense etableringen av tilknytning. Andre viktige faktorer var å få støtte fra medarbeidere og ledelsen, være blant kompetente ansatte, ha daglige diskusjoner og refleksjoner i plenum og ha tillit til egne ferdigheter, erfaringer og faglige vurderinger. Åpenhet og tillit medførte at de ansatte kunne gi pasientene håp og forstå deres personlige og individuelle behov og problemer.
<b>Kommentar og relevans for problemstillingen</b>	Studien trekker fram faktorer som er viktige for etablering av relasjoner og ivaretagelse av pasientenes individuelle behov, samtidig som den påpeker hvilke faktorer som kan reduserer kvaliteten på utøvelsen av sykepleie.

**Tabell 9: Artikkelmatrix for artikkel H**

<p><b>Referanse</b></p>	<p><b>Oates, J., Drey, N., &amp; Jones, J. (2017).</b> 'Your experiences were your tools'. How personal experience of mental health problems informs mental health nursing practice. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>, 24(7), 471–479.</p>
<p><b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b></p>	<p>Studiens hensikt var å utforske hvordan psykiatriske sykepleiere som hadde personlige erfaringer med redusert psykisk helse brukte disse erfaringene i praktiseringen av sykepleie.</p>
<p><b>Metode</b></p>	<p>Kvalitative semistrukturerte intervjuer av 27 psykiatriske sykepleiere i England mellom juli 2013 og februar 2014. I forkant av intervjuene hadde 237 psykiatriske sykepleiere besvart en digital undersøkelse, og de 27 deltakerne som ble strategisk utvalgt oppfylte kriteriene om å ha høy subjektiv velvære og personlige erfaringer med redusert psykisk helse. Tiden de hadde jobbet som psykiatriske sykepleiere varierte fra noen måneder til 26 år og flere av deltakerne hadde personlige erfaringer med redusert psykisk helse i nåtid og fortid. Deltakerne ga muntlig samtykke som ble tatt opp på tape før intervjuene startet.</p>
<p><b>Resultat</b></p>	<p>Studien resulterte i et hovedtema som omhandlet «å bruke erfaringer i sitt arbeid» (<i>Bringing experiences to work</i>), samt tre undertema: «Avsløring og grenseoverskridelser» (<i>Disclosure and crossing boundaries</i>), «Bruke seg selv» (<i>Use of self</i>) og «sykepleieidentitet» (<i>Nursing identity</i>). Det var sjeldent at de psykiatriske sykepleierne fortalte om egne erfaringer med redusert psykisk helse. Flere påpekte at det fantes en grense som ikke måtte krysses, at de ville beskytte seg selv og at det ikke nødvendigvis kom tjenestemottakeren til gode. Det måtte i så fall være et bevisst valg med hensikt om å vise forståelse eller hjelpe tjenestemottakeren. Å bruke seg selv handlet også om generelle livserfaringer. Det medførte en evne til forståelse og empati, og det ga dem innsikt og troverdighet. Dette var viktige elementer ved relasjonsbygging og når det skulle etableres tilknytninger. Samtidig kunne problemer med egen psykisk helse påvirke utøvelsen av god sykepleie. Mange av de psykiatriske sykepleierne mente at deres erfaringer med redusert psykisk helse var en motivasjon for å bli sykepleier og ble en del av deres identitet som sykepleier. Sykepleieyrket var for noen i overensstemmelse med personlige verdier.</p>
<p><b>Kommentar og relevans for problemstillingen</b></p>	<p>Studien viser at sykepleiere kan bruke personlige erfaringer med redusert psykisk helse ved praktisering av sykepleie og til etablering av relasjoner til pasienter. Erfaringene kan bidra til egenskaper som blant annet empati, forståelse, innsikt og troverdighet. Sykepleiere bør ha et bevisst forhold til bruk av egne erfaringer ved utøvelse av sykepleie.</p>

## 3.2. Sammenfatning av empiri

I denne litteraturstudien er det benyttet empiri fra åtte forskningsartikler som er relevante for oppgavens tema og problemstilling. Ettersom valgt empiri omfatter et bredt spekter av forskjellige perspektiver og innfallsvinkler har jeg valgt å presentere sammenfatningen av empirien i tre kategorier: Pasientenes håndtering og opplevelser av depresjon, sykepleieres holdninger til pasienter med psykiske lidelser og faktorer som fremmer og begrenser den terapeutiske relasjonen.

### 3.2.1. Pasientenes håndtering og opplevelser av depresjon

Bygstad-Landro & Giske (2018) fant i sin studie at deltakerne som var eller hadde vært deprimerte håndterte sin egen depresjon gjennom prosessen «våge å eksistere». Denne prosessen besto av fire faser der personene gradvis ble mindre usikre på seg selv og sine omgivelser gjennom opplevelsen av aksept og anerkjennelse. Sentrale faktorer i disse fasene var skam, håp og mental utholdenhet. Videre omhandlet studien til Danielsson, Bengs, Samuelsson, & Johansson (2011) kategorien «Strebe etter å være normal», som tok for seg hvordan kjønn påvirket depresjon hos unge voksne i Sverige. De kom fram til at informantenes opplevelser og erfaringer med depresjon i stor grad var formet av typiske kjønnsstereotyper, og i likhet med Bygstad-Landro & Giske (2018) ble skam framhevet av Danielsson et al. (2011) som en sentral faktor.

### 3.2.2. Sykepleieres holdninger

I studien til Hansson, Jormfeldt, Svedberg, & Svensson (2013) hadde både de ansatte og de psykiatriske pasientene utbredte negative holdninger til personer med psykiske lidelser. På den andre siden forklarte helsepersonellet som ble intervjuet i Torbjørnsen, Strømstad, Aasland, & Rørtveit (2014) at deres holdninger ble positivt påvirket av å se på pasientenes symptomer som tillærte mestringsstrategier. Slik fikk de økt forståelse for og ble bedre kjent med pasienten som et menneske. Videre påpekte informantene viktigheten av å møte pasientene uten fordommer, få økt empati og medfølelse, anerkjenne hverandres tolkninger, være bevisst sin språklige makt og vite hvordan disse faktorene hadde innvirkning på deres holdninger (Torbjørnsen et al., 2014).

### 3.2.3. Faktorer som fremmer og begrenser den terapeutiske relasjonen

Studiene til Moreno-Poyato et al. (2016), Pazargadi et al. (2015), Gabrielsson, Sävenstedt, & Olsson (2016) og Oates, Drey, & Jones (2017) viser at det er svært mange faktorer som påvirker den terapeutiske relasjonen, og at kvaliteten avhenger av både sykepleieren, pasienten og deres omgivelser. Sykepleierne i Moreno-Poyato et al. (2016) nevnte fremmede faktorer i etableringen av en positiv interaksjon som blant annet personlige kvalifikasjoner, empati og forståelse, å ha en ikke-dømmende holdning, tålmodighet og humor, mens begrensede faktorer omhandlet eksempelvis de organisatoriske og psykososiale omstendighetene på arbeidsplassen. Pasientene hadde på sin side forventninger til både behandling og sykepleiernes relasjonelle kvalifikasjoner, og påpekte flere av faktorene som sykepleierne oppga som relasjonsfremmende. De sa også at mangelen på disse faktorene, sårbarhet og dehumanisering bidro til å begrense den terapeutiske relasjonen. Pazargadi et al. (2015) tok for seg sykepleiernes perspektiver på barrierer i den terapeutiske relasjonen og fant blant annet at negative egenskaper og mangelfulle ferdigheter hos sykepleierne kunne forhindre etableringen av relasjon til

pasientene. Beskrivelsene av barrierer i sykepleier-pasient-relasjonen samsvarte med funnene i Moreno-Poyato et al. (2016) vedrørende begrensende faktorer.

Gabrielsson et al. (2016) og Oates et al. (2017) undersøkte sykepleiernes erfaringer i forbindelse med praktisering av sykepleie. I likhet med Moreno-Poyato et al. (2016) og Pazargadi et al. (2015) ble mellommenneskelige faktorer og organisatoriske aspekter trukket fram i Gabrielsson et al. (2016) som viktige for etablering av relasjon. Videre kunne mangel på tid til interaksjon hos sykepleierne og pasientenes mangel på mental tilstedeværelse virke begrensende for relasjonen. For å kunne oppnå en god tilknytning til pasientene var det viktig at sykepleierne fokuserte på åpenhet, tillit og håp og opplevde faglig utvikling, selvtillit og støtte på arbeidsplassen (Gabrielsson et al., 2016). Oates et al. (2017) utforsket psykiatriske sykepleieres bruk av egne erfaringer med redusert psykisk helse og fant at de kunne være et viktig hjelpemiddel i relasjonsbyggingen. Selv om sykepleierne sjeldent fortalte pasientene om disse erfaringene kunne de medføre en evne til empati og forståelse og gi dem motivasjon, innsikt og troverdighet. Samtidig måtte de være bevisst på personlige og profesjonelle grenser.

## 4. Teori

### 4.1. Moderat og alvorlig depresjon

#### 4.1.1. Kjennetegn ved moderat til alvorlig depresjon

Depresjon er en av flere psykiske lidelser som tilhører gruppen stemningslidelser (Helsebiblioteket, 2020), og Hummelvoll (2014) viser til begrepet som både et syndrom, en gruppe sykdommer, eller en sinnsstemning (s. 193). Det finnes mange årsaker til depresjon, og disse kan være relatert til flere faktorer, for eksempel en livssituasjon som er vanskelig her og nå, tidligere erfaringer og opplevelser som har medført sårbarhet for aktuelle problemer samt biologiske og genetiske forhold (Kringlen, sitert i Håkonsen 2015, s. 310). Ifølge diagnosemanualen *International Classification of Diseases (ICD-10)* som ble utarbeidet av World Health Organization (WHO, 1992) er det spesifikke kriterier som må være oppfylt før en bestemt diagnose kan stilles. *Klinisk depresjon* deles inn i mild, moderat og alvorlig depressiv episode ut ifra hvilke symptomer pasienten har, antall symptomer og depresjonens varighet (Helsedirektoratet, 2009). *Hovedsymptomene* ved depresjon er redusert stemningsleie, interesse- og gledesløshet og økt tretthet eller tap av energi. Vanlige *tilleggssymptomer* er blant annet redusert oppmerksomhet og konsentrasjon, mindreverdighetsfølelse og skyldfølelse, redusert selvtillit og selvfølelse, angst, initiativløshet, negative tanker om framtiden, selvskading, tanker eller planer om selvmord, søvnforstyrrelser, økt eller redusert matlyst og psykomotorisk agitasjon eller retardasjon (Helsedirektoratet, 2009; WHO, 1992). Videre bør symptomene forekomme i to uker eller mer og være til stede store deler av dagen (Helsedirektoratet, 2009).

Ved moderat depressiv episode skal minst to av tre hovedsymptomer og tre til fire av tilleggssymptomene som nevnes i avsnittet over være til stede (WHO, 1992). Personer med moderat depresjon har ofte en fordreid virkelighetsoppfatning. Dette skyldes at de kan projisere sin egen følelse av utilstrekkelighet over på andre, og dermed tro at andre misliker dem. Samtidig blir andres intensjoner ofte mistolket, og de undervurderer sine egne evner. Depresjonen medfører også nedsatt evne til å tolke kroppslig stimuli, lav selvaktelse, negativt selvbilde, økt eller redusert impuls kontroll og sosial distansering (Hummelvoll, 2014, s. 199). I tillegg har personer med moderat depresjon vanskeligheter med å konsentrere seg og være fokusert på hverdagslige gjøremål (Hummelvoll, 2014, s. 200). De har også tanker som er dominert av negative ideer, og de forvrenger sine egne erfaringer og opplevelser systematisk slik at de får et negativt innhold (Håkonsen, 2015, s. 310). Måten de kommuniserer på er karakterisert av blokkering og tvil, talen er langsam og inneholder få ord, og talens innhold bærer preg av anger eller å være selvnedvurderende (Hummelvoll, 2014, s. 200).

Ved alvorlig depressiv episode er alle tre hovedsymptomene og minst fire tilleggssymptomer, som nevnt i første avsnitt, til stede. Flere av symptomene er gjerne svært intense, og personer med alvorlig depresjon har ofte store problemer knyttet til grubling og bekymring, tap av selvfølelse, retardasjon eller agitasjon, ernæring og søvn og nedsatt eller mangel på følelsesmessig reaksjon (Helsedirektoratet, 2009; WHO, 1992). Mange opplever å ha svekket realitetstesting, svært dårlig vurderingsevne og endret realitetsoppfatning. Dette kommer til uttrykk gjennom vrangforestillinger, manglende konsekvenstenking og kroppslige feiltolkninger. De opplever indre konflikter når deres



moralske selv ikke er i overensstemmelse med selvaktelsen, noe som medfører følelser av verdiløshet, ulykkelighet og skyld (Hummelvoll, 2014, s. 200). Tankebanene er dominert av negativitet, og evnen til å vurdere alternative synspunkter eller se lyse sider av livet er tilnærmet ikke-eksisterende (Håkonsen, 2015, s. 310). Kommunikasjonsevnen er også svært redusert, og det er ikke uvanlig at personer med alvorlig depresjon responderer med tilnærmet stumhet. Videre er oppmerksomhet og hukommelsen i stor grad svekket (Hummelvoll, 2014, s. 200). Tilstanden er ofte så omfattende at de som rammes ikke er i stand til å arbeide eller delta på sosiale aktiviteter (WHO, 1992).

#### 4.1.2. Anbefalt behandling

Helsedirektoratet (2009) anbefaler at pasienter med moderat til alvorlig depresjon behandles med både antidepressiver og strukturert psykologisk behandling. Dersom pasienten ikke ønsker, eller ikke mottar, behandling med antidepressiver bør det alltid tilbys strukturert psykologisk behandling. Det legges også vekt på pasientens rett til medvirkning ved valg av behandlingsmetode i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999). Strukturert psykologisk behandling er en fellesbetegnelse på teoribaserte og anerkjente psykologiske intervensjoner som innebærer et gjensidig samarbeid mellom behandler og pasient. Studier viser at kognitiv atferdsterapi, atferdsterapi med målrettet aktivisering og interpersonlig terapi har mest positive resultater for behandling av moderat og alvorlig depresjon. I kognitiv terapi og kognitiv atferdsterapi er det fokus på problemløsning og å se sammenhengen mellom tanker, følelser og handlinger, mens interpersonlig terapi tar utgangspunkt i å identifisere nåværende mellommenneskelige problemer som tapsopplevelser, relasjonelle konflikter og problemskapende rolleoverganger (Helsedirektoratet, 2009). Selv om terapiformene har ulike tilnæringsmetoder, kom en studie av Cahill, Paley & Hardy (2013) fram til at pasientene rapporterte om minimale forskjeller mellom dem når det gjaldt hva de syntes var nyttig, og at den viktigste faktoren på tvers av terapiene var fra deres perspektiv den terapeutiske relasjonen. Forskning innen psykoterapi viser at den terapeutisk alliansen har betydning for effekten av behandlingen, særlig når den er styrket tidlig i behandlingsforløpet (Helsedirektoratet, 2009). Denne alliansen består av tre faktorer som er gjensidig avhengig av hverandre, altså enighet om behandlingens mål, enighet om hvordan målene kan oppnås og et emosjonelt bånd som er preget av fortrolighet, gjensidig tillit og varme (Bordin, som sitert i Helsedirektoratet, 2009). Hvis pasienten oppfatter behandleren som engasjert, respektfull, forståelsesfull og empatisk, og som et medmenneske som formidler håp, trygghet og realistisk optimisme, øker dette sannsynligheten for et godt behandlingsresultat. Hvor behandlingen gjennomføres avhenger av depresjonens alvorlighetsgrad, og henvisning til spesialisthelsetjenesten bør vurderes ut ifra risiko for selvmord, grad av funksjonstap, evnen til egenomsorg, pasientens ønske om henvisning og tilstedeværelse av andre symptomer og psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2009).

## 4.2. Relasjonen mellom sykepleier og pasient

### 4.2.1. Sykepleierens kunnskap og kompetanse

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det skrevet at «sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap» (Norsk sykepleieforbund, 2019, punkt 1.1). Sykepleieren skal også arbeide kunnskapsbasert, det vil si at den faglige utøvelsen er basert på kunnskap fra vitenskapelig forskning, kunnskap fra erfaringer som utvikles gjennom kritiske og systematiske refleksjoner og kunnskap om pasientens behov, ønsker og verdier. Videre er det forventet at sykepleieren blant annet har praktiske

kunnskaper og sykepleieferdigheter, etiske kunnskaper, moralsk kompetanse, klinisk sykepleiekompetanse og personlig kompetanse (Kristoffersen, 2016). Ifølge Peplau (som sitert i Hummelvoll, 2014, s. 24) er sykepleie en interpersonlig, terapeutisk og betydningsfull prosess. Hummelvoll (2014) beskriver psykiatrisk sykepleie som en psykoterapeutisk, omsorgsgivende og planlagt virksomhet som har til hensikt å redusere pasientens helseproblem gjennom styrking av pasientens egenomsorg. I psykiatrisk sykepleie forsøker man å hjelpe pasienten med å finne holdbare livsverdier og selvrespekt gjennom et forpliktende og samarbeidende fellesskap, og en forutsetning for dette er god kommunikasjon (s. 43, 420).

#### 4.2.2. Kommunikasjon

I en profesjonell sammenheng har kommunikasjonen et helsefaglig formål om å forebygge sykdom, lindre lidelse og å fremme og gjenopprette helse (ICN, sitert i Eide & Eide, 2016, s. 18). Profesjonell kommunikasjon blir i Eide & Eide (2016) beskrevet som «hjelpende», noe som viser til at den både er til hjelp for andre og er faglig velbegrunnet (s. 18). Utøvelse av sykepleie til en hjelpetrengende pasient forutsetter at sykepleieren samhandler og kommuniserer med pasienten (Kristoffersen, 2016). Hensikten med slik pasientrettet kommunikasjon er å hjelpe pasienten til å dele makt, oppnå en felles forståelse som er i overensstemmelse med pasientens verdier, forstå pasientens unike og særegne psykososiale kontekst og få innsikt i pasientens perspektiver (Eide & Eide, 2016, s. 20). Grunnleggende ferdigheter i kommunikasjon og samhandling er nødvendige for at sykepleieren skal kunne tolke og forstå andre i tillegg til å selv gjøre seg forstått, og omfatter blant annet evnen til aktiv lytting (Kristoffersen, 2016). Aktiv lytting er en sammensatt ferdighet som kan deles inn i to hovedgrupper av ferdigheter, nemlig de verbale og nonverbale. Verbale ferdigheter kan være bekreftende, utforskende, informerende og utfordrende, og innebærer for eksempel å stille spørsmål, parafrasere, speile følelser, bruke pauser eller oppmuntre (Eide & Eide, 2016, s. 23-24). På den andre siden er nonverbal kommunikasjon et responderende språk der underliggende følelser og holdninger indirekte kommer til uttrykk. Denne formen for kommunikasjon bør være bekreftende, bestyrkende og oppmuntrende slik at det blir rom for å åpne seg og dele tanker og følelser. Nonverbale tegn og signaler vises gjennom kanaler som ansiktet, blikk, kroppen, stemmen, berøring, stillhet og tempo, og skal bidra til å bygge opp motivasjon, tillit og trygghet. En viktig forutsetning for etablering av tillit og nærhet er kongruens mellom det verbale og det nonverbale språket, altså at det som blir sagt verbalt er i overensstemmelse med de nonverbale tegnene og signalene som sendes ut. Ved å være bevisst på sine kommunikasjonsferdigheter kan sykepleieren skape trygghet, danne et grunnlag for en god allianse og styrke relasjonen mellom seg selv og pasienten (Eide & Eide, 2016, s. 197-202).

#### 4.2.3. Hva består den terapeutiske relasjonen av?

Dziopa & Ahern (2009) har i sin litterære oversiktsartikkel som omhandler den terapeutiske relasjonen i psykiatrisk sykepleie funnet ni sentrale komponenter som inngår i den terapeutiske relasjonen. De ni komponentene består av forståelse og empati, å være tilgjengelig og tilstedeværende, vise respekt, anerkjenne individet, fremme likeverd, være genuin, være selvbevisst, gi støtte og sette klare grenser. Eide & Eide (2016) beskriver empati som «evnen til å lytte, til å sette seg inn i en annens situasjon og til å forstå den andres følelser og reaksjoner» (s. 36). For sykepleieren innebærer dette å kommunisere tilbake sin følelsesmessige forståelse av pasienten gjennom aktiv lytting og handling (Eide & Eide, 2016, s. 37). Sykepleieren vil likevel aldri fullt ut kunne forstå andre menneskers erfaringer og opplevelser av egen sykdom (Kristoffersen & Nortvedt, 2016), og målet bør

derfor være å nærme seg pasientens oppfattelse av verden og selvforståelse (Hummelvoll, 2014, s. 423). At pasienten får tid til å være åpen og fortelle om seg selv er nødvendig for utviklingen av den terapeutiske relasjonen, noe som betyr at sykepleieren må være tilgjengelig og tilstedeværende (Dziopa & Ahern, 2009). En annen viktig del av relasjonen er sykepleierens evne til å respektere pasienten som et enestående menneske med individuelle behov, følelser, tanker og meninger (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). For at pasienten skal føle seg verdsatt og respektert må sykepleieren se pasienten som et helhetlig menneske og ikke som en arbeidsoppgave eller sykdomskasus (Dziopa & Ahern, 2009; Kristoffersen & Nortvedt, 2016). Videre er sykepleierens anerkjennelse for pasientens menneskeverd avgjørende for å kunne realisere likeverd (Hummelvoll, 2014, s. 40). Selv om sykepleieren og pasienten er likeverdige som mennesker er de ikke likestilte i relasjonen som følge av skjevhet i maktfordelingen (Dziopa & Ahern, 2009; Kristoffersen & Nortvedt, 2016). Sykepleieren bør derfor anse den terapeutiske relasjonen som gjensidig fordelaktig ved at pasienten bidrar med kunnskap og opplysninger om personlige erfaringer som sykepleieren trenger for å videreutvikle sine sykepleieferdigheter (Dziopa & Ahern, 2009). Sykepleierens anerkjennelse av pasientens tanker, følelser og verdier avhenger også av at egne verdier, holdninger og handlinger samsvarer med hverandre (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). Et slikt samsvar omtales ofte som kongruens, og er en forutsetning for at sykepleieren skal bli oppfattet som ekte og genuin (Dziopa & Ahern, 2009; Eide & Eide, 2016, s. 139). Dette innebærer at sykepleieren selv må være bevisst på hvordan personlighet, sårbarhet og egne erfaringer kommer til uttrykk overfor pasienten. For at både sykepleieren og pasienten skal føle seg ivaretatt og beskyttet i relasjonen bør den bestå av klare grenser, noe som krever at det er en balanse mellom disse grensene og egenskaper som forståelse, tilstedeværelse og likeverd. Pasientens omgivelser påvirker også den terapeutiske relasjonen, og sykepleieren må bidra til at pasienten føler seg trygg og komfortabel ved å gi psykisk og fysisk støtte. Psykisk støtte uttrykkes eksempelvis gjennom aktiv respons i form av tilbakemeldinger eller formidling av håp, mens fysisk støtte kan være en berøring på skulderen eller holde pasienten i hånden (Dziopa & Ahern, 2009).

### 4.3. Joyce Travelbees sykepleieteori

#### 4.3.1. Menneske-til-menneske-forholdet

Hensikten og målet med sykepleie blir i Travelbee (1999) beskrevet som «å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (s. 41). Sykepleiens mål og hensikt kan oppnås ved at sykepleieren målbevisst etablerer et menneske-til-menneske-forhold, som er en gjensidig prosess der en eller flere erfaringer deles mellom sykepleieren og pasienten. Disse erfaringene oppleves som betydningsfulle for begge parter og forholdet er kjennetegnet av å være konstruktivt og godt, samt at pasienten får ivaretatt sine sykepleiebehov. For å kunne etablere et slikt forhold må sykepleieren og pasienten oppfatte hverandre som unike menneskelige individer, noe som forutsetter at partenes stereotypiske forestillinger om hverandre blir brutt og rollene som «sykepleier» og «pasient» overskrides. I sykepleiesituasjonen er menneske-til-menneske-forholdet virkemiddelet som muliggjør oppnåelsen av sykepleiens hensikt og mål, og et slikt forhold bygges opp av sykepleieren i samhandling med pasienten gjennom strukturerte sykepleieintervensjoner (Travelbee, 1999, s. 41, 71, 77, 171, 173, 177-178).

#### 4.3.2. Faser i menneske-til-menneske-forholdet

Et menneske-til-menneske-forhold kan etableres når sykepleieren og pasienten har gjennomgått fire forutgående, sammenhengende faser. Disse fasene omhandler «det innledende møtet», «framvekst av identiteter», «empati» og «sympati og medfølelse», og resulterer i gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 1999, s. 172). Travelbee (1999) betrakter uttrykkene «menneske-til-menneske-forhold» og «gjensidig forståelse og kontakt» som synonyme, og forholdet bygges opp i ulikt tempo (s. 172). Den første fasen, det innledende møtet, viser til sykepleierens første møte med pasienten og er preget av begges tidligere erfaringer i lignende situasjoner og førsteinntrykk (Eide & Eide, 2016, s. 137). Sykepleieren vil her observere, vurdere og trekke beslutninger om pasienten, og har i oppgave å overskride seg selv for å oppfatte pasienten som et menneske og individ (Eide & Eide, 2016, s. 137; Travelbee, 1999, s. 188). I den andre fasen, framvekst av identiteter, begynner sykepleieren og pasienten å etablere en tilknytning til hverandre der de oppfatter hverandre mer som unike individer og mindre som stereotypiske roller. Sykepleieren må være klar over at pasienten er et enestående menneske og ikke bruke seg selv som målestokk i form av å tilegne pasienten sine egne forventninger, tanker og følelser (Eide & Eide, 2016, s. 138; Travelbee, 1999, s. 189, 191). Den tredje fasen, empati, innebærer at sykepleieren bruker empati til å forutsi den andres atferd. Sykepleieren skal også være bevisst på sine egne verdivurderinger av pasienten og bruke kunnskapen fra sin empatiske forståelse som et hjelpemiddel (Eide & Eide, 2016, s. 138; Travelbee, 1999, s. 196-197). Den fjerde fasen, sympati og medfølelse, består av overgangen fra empati til sympati. Den tar for seg sykepleierens innstilling eller holdning, måte å tenke og føle på, som er karakterisert av dyp interesse og omsorg og som videre kommuniseres til pasienten i sykepleiesituasjoner. Sympatien bidrar til at pasienten får tillit til sykepleieren og til at båndet mellom dem blir styrket (Eide & Eide, 2016, s. 138; Travelbee, 1999, s. 201, 209). Gjennom disse forutgående fasene utvikles menneske-til-menneske-forholdet mellom sykepleieren og pasienten og de opplever en gjensidig forståelse og kontakt (Eide & Eide, 2016, s. 13; Travelbee, 1999, s. 211).

## 5. Diskusjon

### 5.1. Innledning

I dette kapittelet blir funnene fra empirien drøftet opp mot det teoretiske grunnlaget for å besvare problemstillingen «Hvordan kan sykepleier etablere en terapeutisk relasjon til pasienter med depresjon?». Oppgavens problemstilling er utformet med utgangspunkt i et omfattende tema som er sammensatt av flere perspektiver. Den består også av ulike faktorer som fremmer eller begrenser relasjonen mellom sykepleieren og pasienten, og drøftingen vil derfor bli presentert i et underkapittel «Etableringen av en terapeutisk relasjon» som videre tar for seg sykepleierens faglige og personlige faktorer, mellommenneskelige faktorer og faktorer i omgivelsene.

### 5.2. Etableringen av en terapeutisk relasjon

#### 5.2.1. Sykepleierens faglige og personlige faktorer

I møte med pasienter med depresjon er det nødvendig at sykepleieren har både grunnleggende kunnskaper og kompetanse innen sykepleie og god forståelse av psykososiale behov relatert til mental helse (Hummelvoll, 2014, s. 43; Kristoffersen, 2016). I tillegg er det essensielt at hun evner å bruke disse kunnskapene til å hjelpe pasienten med å finne selvrespekt og holdbare livsverdier gjennom en relasjon basert på åpenhet, tillit og håp (Gabrielsson, et al., 2016; Hummelvoll, 2014, s. 43). Dersom sykepleieren erfarer at en slik profesjonell bruk av seg selv hjelper pasienten med å finne mening i eller håndtere sin depresjon i praksis, kan dette føre til at hun selv opplever mestring og indre motivasjon. Dette kan sees i sammenheng med både Travelbee (1999) sin omtalelse av menneske-til-menneske-forholdet som en gjensidig betydningsfull prosess for både sykepleier og pasient og funnene fra Gabrielsson et al. (2016) relatert til faglig utvikling og tillit til egne vurderinger og ferdigheter. Til tross for at studien ikke konkret viser til sykepleierens mestring og motivasjon som et resultat av disse faktorene kan det likevel tenkes at det nettopp er slike opplevelser som gjør at hun oppfatter sykepleieryrket som meningsfullt og givende. Det er også fordelaktig at sykepleieren får ivarettatt egne psykososiale behov og verdier samtidig som hun utøver sykepleie til pasienten. Ordet «samtidig» understreker at dette ikke skal gå på bekostning av behovene pasienten har, men at det kommer både sykepleieren og pasienten til gode. Dette aspektet ved sykepleie ble trukket fram av en sykepleier i studien til Oates et al. (2017) som påpekte at hennes personlige verdier i form av å være genuin og medfølende samsvarer med grunnleggende sykepleieverdier. Videre ble det funnet at sykepleierne sjeldent var åpne om egne erfaringer med redusert psykisk helse til pasientene fordi de ønsket å beskytte seg selv (Oates et al., 2017). Sykepleieren bør altså være bevisst på hvordan hun forholder seg til sine personlige erfaringer ved interaksjon med pasienten. Ved etablering av relasjon bør sykepleieren også være klar over at hun har mer makt enn pasienten. Selv om de ikke er likestilte i den terapeutiske relasjonen er sykepleieren likevel avhengig av pasientens erfaringer og kunnskaper om seg selv for å kunne være til hjelp og samtidig videreutvikle sine sykepleieferdigheter (Dziopa & Ahern, 2009; Kristoffersen & Nortvedt, 2016).

### 5.2.2. Mellommenneskelige faktorer

Når sykepleieren og pasienten møtes for aller første gang er det viktig at hun tidlig i behandlingsforløpet fokuserer på den terapeutiske alliansen og den terapeutiske relasjonen (Helsedirektoratet, 2009). I studien til Cahill et al. (2013) ble relasjonen trukket fram av pasientene som den viktigste faktoren på tvers av de ulike terapiformene, og Helsedirektoratet (2009) viser til forskning som bekrefter at alliansen har betydning for behandlingens effekt. Alliansen innebærer at sykepleieren og pasienten er enige om hvilke mål de har for behandlingen og hvordan disse målene kan oppnås, samt at det skapes et emosjonelt bånd basert på varme, gjensidig tillit og fortrolighet (Bordin, som sitert i Helsedirektoratet, 2009). Båndet er bygd opp av de psykososiale behovene som mennesker har i relasjoner til andre og styrkes gradvis gjennom sykepleierens evne til å uttrykke sine mellommenneskelige og emosjonelle egenskaper overfor pasienten. Travelbee (1999) sikter til denne evnen i sin beskrivelse av etableringen av et menneske-til-menneske-forhold og understreker at det er gjennom dette forholdet at sykepleiers mål og hensikt kan oppnås (s. 41). At relasjonen skal være basert på gjensidig tillit omtales i flere studier. Eksempelvis brukte Moreno-Poyato et al. (2016) ordet «tillit» i sin definisjon av den terapeutiske relasjonen, og studien fant blant annet tillit som en fellesfaktor hos både sykepleierne og pasientene ved etablering av relasjon. Også Gabrielsson et al. (2016) påpekte viktigheten av tillit i forbindelse med å forstå pasientenes problemer og personlige behov. Det er nok ikke uten grunn at nettopp denne følelsen og båndet for øvrig poengteres som en sentral faktor i den terapeutiske relasjonen. For den deprimerte pasienten som i utgangspunktet er svært sårbar kan mangel på tillit bidra at han ikke ønsker å være åpen og ærlig om sine tanker, følelser og behov (Eide & Eide, 2016, s. 199). Det kan derfor tenkes at fravær av tillit i stor grad vil kunne hindre etableringen av en terapeutisk relasjon på samme måte som det kan være en begrensende faktor i relasjoner generelt. For å etablere en allianse og relasjon bør altså sykepleieren vise pasienten at hun er til å stole på og uttrykke dette ved hjelp av sine grunnleggende kommunikasjonsferdigheter (Eide & Eide, 2016, s. 200; Hummelvoll, 2014, s. 420).

All kontakt mellom mennesker innebærer en form for kommunikasjon, og det er gjennom den profesjonelle og pasientrettede kommunikasjonen at informasjon, kunnskap og emosjonelle egenskaper utveksles mellom sykepleier og pasienten (Eide & Eide, 2016, s. 19-20). Som Eide & Eide (2016) påpeker har denne formen for kommunikasjon til hensikt å blant annet hjelpe sykepleieren med å få innsikt i pasientens perspektiver (s. 20). Sykepleieren kan til tross for sine hensikter om å være til hjelp oppleve at det er utfordrende å kommunisere med den deprimerte pasienten som følge av blokkeringer, fravær av respons eller manglende oppmerksomhet (Hummelvoll, 2014, s. 200). Sykepleierne i studien til Gabrielsson et al. (2016) forklarte at enkelte pasienter ikke var mottakelige for intervensjoner som følge av blant annet manglende mental tilstedeværelse. Pasienten kan også uttrykke anger, skam eller være selv-nedvurderende (Hummelvoll, 2014, s. 200). Eksempelvis beskrev den ene pasienten i Bygstad-Landro & Giske (2018) sin studie seg selv som «en stor skuffelse og en levende fiasko». Det er derfor avgjørende at sykepleieren er bevisst på sin språklige makt (Torbjørnsen et al., 2014), aktivt lytter til pasienten (Kristoffersen, 2016) og målrettet bruker sitt verbale og nonverbale språk til å formidle trygghet, håp og optimisme slik at pasienten får mulighet til å dele sine tanker og følelser (Eide & Eide, 2016, s. 199; Helsedirektoratet, 2009).

Et annet aspekt ved den terapeutiske relasjonen er evnen til empati og forståelse, og disse egenskapene blir framhevet i både Eide & Eide (2016), Dziopa & Ahern (2009), Kristoffersen (2016) og Travelbee (1999). Flere studier omtaler også empati og forståelse

som viktige faktorer i den terapeutiske relasjonen, deriblant Moreno-Poyato et al. (2016) og Torbjørnsen et al. (2014). Studien til Torbjørnsen et al. (2014) kom blant annet fram til at sykepleierne hadde et ønske om å forstå pasientenes livsverden og bli kjent med dem som individuelle mennesker. Å få kontakt med pasientene og forstå deres ønsker og behov var i Gabrielsson et al. (2016) sin studie relatert til sykepleiernes mentale og fysiske tilstedeværelse. At sykepleieren har evne til empati og vil bli kjent med pasienten som et individ inngår henholdsvis i den tredje og den første fasen av et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999, s. 188, 196). Videre fant Bygstad-Landro & Giske (2018) at håndteringen av egen depresjon varierte ut ifra hvilken fase pasientene befant seg i, mens Danielsson et al. (2011) viste i sin studie at unge voksnes håndtering av depresjon ble påvirket av kjønnsstereotypi og kjønnsnormer. Alle mennesker er forskjellige av natur og som følge av dette må sykepleieren orientere seg etter pasientens individuelle behov, være klar over at han er påvirket av sine omgivelser og samtidig godta at hun aldri fullt ut vil kunne forstå et annet menneske (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). Når sykepleieren gjør seg opp vurderinger, meninger og tanker om pasienten kan hun derimot bruke sine empatiske egenskaper til å nærme seg hans selvforståelse og oppfatning av verden (Hummelvoll, 2014, s. 423). Empiriske funn og sykepleieteori indikerer at sykepleierens ønske om og evne til å være empatisk og vise forståelse for pasientens erfaringer og opplevelser er grunnleggende for etableringen av en terapeutisk relasjon.

I tillegg til å være empatisk og forståelsesfull er det viktig at sykepleieren har evnen til å respektere og anerkjenne pasientens likeverd og hans individuelle behov (Hummelvoll, 2014, s. 40; Kristoffersen & Nortvedt, 2016). Denne egenskapen innebærer ikke bare et ønske om å forstå pasientens meninger, tanker, behov og følelser, men også en evne til å respektere at hans holdninger og verdier ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med hennes egne (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). På en annen side kan like holdninger hos begge partene være en begrensende faktor når den terapeutiske relasjonen skal etableres. Hansson et al. (2013) fant i sin studie at både sykepleierne og de psykiatriske pasientene hadde negative og dømmende holdninger til mennesker med psykiske lidelser. Videre ble det også funnet negative holdninger til selve relasjonen hos sykepleierne i studien til Pazargadi et al. (2015). Sykepleieren bør derfor være bevisst på sine egne holdninger og tenke over hvordan hun påvirkes av dem ved utøvelse av sykepleie. En måte sykepleieren kan gjøre dette på er ved å se pasientens symptomer som mestingsstrategier og være nysgjerrig på hans fortellinger om seg selv (Torbjørnsen et al., 2014). Dersom den deprimerte pasienten uttrykker negative holdninger overfor sykepleieren bør hun også være klar over at disse kan være relatert til hans selvoppfattelse og selvbilde (Hummelvoll, 2014, s. 199). I tilfeller der sykepleieren ikke er selvbevisst vedrørende egne holdninger er det en risiko for at hun utilsiktet «bekrefter» pasientens negative holdninger, noe som kan medføre at han opplever pessimisme og følelser av håpløshet. Videre handler respekt og anerkjennelse om sykepleierens evne til å skille pasientens tanker, følelser og forventninger fra sine egne (Kristoffersen & Nortvedt, 2016; Travelbee, 1999, s. 189) og til å se han som et unikt menneske og ikke som en sykdomskasus eller arbeidsoppgave (Dziopa & Ahern, 2009; Kristoffersen & Nortvedt, 2016). I verste fall kan mangelen på denne evnen føre til objektivisering og dehumanisering av pasienten, noe som vil kunne begrense etableringen av den terapeutiske relasjonen (Moreno-Poyato et al., 2016).

Som nevnt tidligere er det viktig at sykepleieren har ulike evner relatert til empati, forståelse, respekt og anerkjennelse, men den avgjørende faktoren ved etablering av terapeutisk relasjon er hvordan disse evnene kommer til uttrykk ved samhandling med pasienten. For at pasienten skal ha nytte av sykepleierens kunnskaper, kompetanse og mellommenneskelige egenskaper må hun bruke sine kommunikasjonsferdigheter til å

forstå og gjøre seg forstått (Kristoffersen, 2016). Det er gjennom denne ferdigheten at sykepleieren kan hjelpe pasienten med å mestre eller finne mening med sin lidelse og få sine sykepleiebehov ivaretatt (Travelbee, 1999, s. 41). Videre kan det tenkes at den deprimerte pasienten har et stort behov for å bli lyttet til, uttrykke sine følelser, oppleve håp og mening med tilværelsen og få forståelse for sine opplevelser og erfaringer knyttet til depresjon. I studien til Bygstad-Landro & Giske (2018) fortalte en av pasientene at han opplevde å bli anerkjent og derfor gradvis tillot seg å være åpen om sin skamfølelse, ensomhet og følelsen av å være verdiløs. Dette viser at sykepleieren bør være tålmodig, aktivt lytte til pasientens fortellinger om seg selv og kommunisere tilbake sin følelsesmessige forståelse gjennom sitt verbale og nonverbale språk (Eide & Eide, 2016, s. 23, 37). Hvis pasienten ikke responderer på det sykepleieren sier kan hun vise støtte og omsorg gjennom et omtenkstomt blikk eller berøring. Travelbee (1999) beskriver slike tilbakemeldinger som å være sympatisk og medfølende i den fjerde fasen av etablering av menneske-til-menneske-forholdet (s. 201). Sykepleieren bør i tillegg være bevisst på at det hun sier verbalt er i overensstemmelse med det hun uttrykker nonverbalt, det vil si at hennes egne handlinger, holdninger og verdier samsvarer med hverandre (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). Å bli oppfattet som genuin og ekte er sannsynligvis av betydning for pasienten som i utgangspunktet kan ha dårlig vurderingsevne eller fordreid virkelighetsoppfatning (Hummelvoll, 2014, s. 199-200). Studien til Moreno-Poyato et al. (2016) fant at også humor ble omtalt som en relasjonsfremmende egenskap av både sykepleierne og pasientene, og sykepleieren kan anvende humor som et nyttig verktøy dersom det gir hensiktsmessige utfall for pasienten og det ikke oppleves som uprofesjonelt eller upassende.

For å sikre at relasjonen oppleves som trygg og forutsigbar har sykepleieren et ansvar for å etablere og opprettholde profesjonelle grenser mellom seg og pasienten. Slike grenser har til hensikt å ivareta og beskytte begge partene i relasjonen, og det skal være en balanse mellom grensene og egenskaper som likeverd og forståelse (Dziopa & Ahern, 2009). I studien til Oates et al. (2017) fortalte sykepleierne at deres personlige erfaringer med redusert psykisk helse og generelle livserfaringer medførte evnen til empati, forståelse og innsikt. Videre ble det påpekt at slike erfaringer kunne deles med pasienten dersom hensikten var å vise forståelse og være til hjelp (Oates et al., 2017). Selv om selvavsløring og sårbarhet fra sykepleierens side kan bidra til å fremme etableringen av den terapeutiske relasjonen må hun likevel utvise forsiktighet slik at de profesjonelle grensene ikke brytes. Disse grensene kan også være avgjørende for tilknytningen mellom sykepleieren og pasienten. Moreno-Poyato et al. (2016) fant i sin studie at sykepleierne kunne bli oppfattet som utrygge og autoritære, noe som var en begrensende faktor ved etableringen av relasjon. En mulig sammenheng mellom slike holdninger og sykepleierens profesjonelle grenser kan være usikkerhet knyttet til negative egenskaper eller manglende ferdigheter (Pazargadi et al., 2015). Sykepleieren bør være klar over at den deprimerte pasienten kan ha et stort behov for å oppleve en personlig tilknytning til et annet menneske som følge av ensomhet eller sosial distansering (Hummelvoll, 2014, s. 199). Mangel på en slik tilknytning mellom sykepleieren og pasienten kan derfor begrense etableringen av den terapeutiske relasjonen og forhindre at de oppfatter hverandre som unike individer (Travelbee, 1999, s. 189).

### 5.2.3. Faktorer i omgivelsene

For at sykepleieren skal kunne etablere en terapeutisk relasjon må hun være tilgjengelig og ha nok tid til å bli kjent med pasienten (Dziopa & Ahern, 2009). Disse faktorene ble også omtalt som viktige av sykepleierne i studiene til Moreno-Poyato et al. (2016) og



Gabrielsson et al. (2016). Funn fra overnevnte studier og Pazargadi et al. (2015) viste imidlertid at organisatoriske faktorer som høyt antall pasienter, lav bemanning og administrative oppgaver begrenset sykepleiernes tid med pasientene. I Moreno-Poyato et al. (2016) sin studie ble mangel på tilgjengelighet beskrevet som problematisk av pasientene, mens sykepleierne fortalte om begrensninger relatert til det psykososiale og fysiske arbeidsmiljøet. På den andre siden påpekte sykepleierne i Gabrielsson et al. (2016) at støtte fra medarbeidere og ledelsen, kompetente kolleger og daglige refleksjons- og diskusjonsmøter i plenum førte til god praktisering av sykepleie, som igjen gjorde det mulig å skape gode tilknytninger til pasientene. Selv om aspekter vedrørende organisasjonen ikke direkte påvirker selve relasjonen mellom sykepleieren og pasienten vil de likevel ha både fremmende og begrensende effekt. Videre understreket sykepleierne i Gabrielsson et al. (2016) at de på grunn av organisatoriske faktorer ble nødt til å velge hva som skulle prioriteres i løpet av en arbeidsdag. Dette indikerer at et godt psykososialt og fysisk arbeidsmiljø kan gjøre det enklere for sykepleieren å praktisere god sykepleie og at hun selv må ta et aktiv valg om å prioritere interaksjonen med pasienten hvis hun ønsker å etablere en terapeutisk relasjon.

## 6. Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å belyse og drøfte problemstillingen «Hvordan kan sykepleier etablere en terapeutisk relasjon til pasienter med depresjon?». For å få et helhetlig bilde av denne relasjonen har jeg knyttet teori om depresjon og sykepleierens kunnskaper, ferdigheter og egenskaper opp mot empiriske funn relatert til pasienters opplevelser og håndtering av egen depresjon, holdninger og faktorer som både fremmer og begrenser etableringen av den terapeutiske relasjonen.

Forskningen viser at pasienters håndtering av depresjon varierer ut ifra hvilken fase de befinner seg i og at faktorer som kjønnsstereotypi og kjønnsnormer påvirker opplevelsen av depresjon. Slike faktorer er avgjørende for pasientens individuelle behov for sykepleie. Ettersom depresjonen oppleves og håndteres forskjellig av hver enkelt pasienten må sykepleieren bruke sine sykepleiekunnskaper, erfaringer, ferdigheter og mellommenneskelige egenskaper til å få innsikt i og forstå pasientens oppfatning av verden og hans personlige behov. Disse faktorene er relatert til evner innen kommunikasjon, empati, forståelse, respekt og annerkjennelse, og sykepleieren må i tillegg kunne uttrykke dette gjennom aktiv lytting, sympati, medfølelse og sine holdninger. Hun kan også bruke personlige erfaringer med psykisk helse og generelle livserfaringer til å forstå pasientens situasjon. Videre er det viktig at hun viser omsorg og støtte overfor pasienten slik at han føler seg ivaretatt og får hjelp til å mestre eller finne mening med sin depresjon.

Interaksjonen mellom sykepleieren og pasienten påvirkes av både indre og ytre faktorer som kan være fremmende og begrensende. Mange av faktorene er dikotomiske i den forstand at de enten fremmer eller begrenser etableringen av den terapeutiske relasjonen. Eksempelvis kan gjensidig tillit mellom partene bidra til at sykepleieren forstår pasientens problemer, mens mangel på tillit kan medføre at pasienten ikke ønsker å være åpen og ærlig om sine behov, tanker og følelser. Samtidig har sykepleieren et ansvar for å etablere og opprettholde profesjonelle grenser mellom seg og pasienten slik at relasjonen oppleves som trygg og forutsigbar. Videre vil organisatoriske faktorer kunne forhindre sykepleieren fra å være tilgjengelig og begrense hennes tid til interaksjon med pasienten. Dette viser at sykepleieren må være bevisst på hvordan de indre og ytre faktorene påvirker relasjonen og ha som mål å styrke det emosjonelle båndet mellom seg og pasienten slik at den terapeutiske relasjonen kan etableres.

I tillegg til å drøfte den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient har jeg valgt å skrive om sykepleierens faglige og personlige faktorer da jeg mener at det er relevant for sykepleierens utøvelse av sykepleie til pasienter med depresjon.

For di mellommenneskelige relasjoner ikke er målbare er det utfordrende å fastslå nøyaktig hvordan en terapeutisk relasjon kan etableres. Flere av studiene i oppgaven har brukt kvalitative forskningsmetoder for å undersøke både sykepleierens og pasientens perspektiver, og ved å sammenligne funnene fra begge partene har fellesfaktorene blitt sett på som relevante for etableringen av en terapeutisk relasjon. I søkeprosessen ble det funnet svært få artikler yngre enn ti år som omhandlet terapeutisk relasjon til pasienter med depresjon, og det er derfor hensiktsmessig om det blir gjort ytterligere studier innenfor dette området av sykepleien. Avslutningsvis ønsker jeg å påpeke viktigheten av å prioritere relasjonsbygging og det mellommenneskelige aspektet ved sykepleieutøvelse.

# Referanser

- Bygstad-Landro, M., & Giske, T. (2018). Risking existence: The experience and handling of depression. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3–4), 514–522.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.14056>
- Cahill, J., Paley, G., & Hardy, G. (2013). What do patients find helpful in psychotherapy? Implications for the therapeutic relationship in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(9), 782–791.  
<https://doi.org/10.1111/jpm.12015>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danielsson, U. E., Bengs, C., Samuelsson, E., & Johansson, E. E. (2011). «My greatest dream is to be normal»: The impact of gender on the depression narratives of young Swedish men and women. *Qualitative Health Research*, 21(5), 612–624.  
<https://doi.org/10.1177/1049732310391272>
- Dziopa, F., & Ahern, K. (2009). What Makes a Quality Therapeutic Relationship in Psychiatric/Mental Health Nursing: A Review of the Research Literature. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 10(1). Hentet fra  
<http://ispub.com/IJANP/10/1/7218>
- Eide, H., & Eide, T. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gabrielsson, S., Sävenstedt, S., & Olsson, M. (2016). Taking personal responsibility: Nurses' and assistant nurses' experiences of good nursing practice in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(5), 434–443.  
<https://doi.org/10.1111/inm.12230>
- Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P., & Svensson, B. (2013). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 48–54. <https://doi.org/10.1177/0020764011423176>
- Helsebiblioteket. (2020, 21. januar). Her finner du pasientbrosjyrer om depresjon og andre stemningslidelser. Hentet 24. april 2020 fra  
<https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/her-finner-du-pasientbrosjyrer-om-depresjon-og-andre-stemningslidelser>
- Helsedirektoratet. (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Hentet fra  
[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/\\_/attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:961cda6577d48345aa0d6fe9642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_/attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:961cda6577d48345aa0d6fe9642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf)

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Håkonsen, K. M. (2015). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie - kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., Bind 1, s. 139-175). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier - verdier og samhandling. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., Bind 1, s. 89-112). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Moreno-Poyato, A. R., Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., ... Roldán-Merino, J. F. (2016). The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 782–787.

<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.001>

Norsk Helseinformatikk. (2019, 22. februar). Depresjon, forekomst. Hentet 30. mai 2020 fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-forekomst/>

Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). Publiseringsskanaler. Hentet 3. juni 2020 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/Forside>

Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 17. mai 2020 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Oates, J., Drey, N., & Jones, J. (2017). 'Your experiences were your tools'. How personal experience of mental health problems informs mental health nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(7), 471–479.

<https://doi.org/10.1111/jpm.12376>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Pazargadi, M., Moghadam, M. F., Khoshknab, M. F., Renani, H. A., & Molazem, Z. (2015). The Therapeutic Relationship in the Shadow: Nurses' Experiences of Barriers to the Nurse–Patient Relationship in the Psychiatric Ward. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(7), 551–557. <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1014585>

Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (5. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget. Hentet 30. mai 2020 fra

<https://www.nb.no/items/2c038e5bec978acd683fe2a2acd14e23?page=0&searchText=Thidemann>

Torbjørnsen, A. B. E., Strømstad, J. V., Aasland, A. M. K., & Rørtveit, K. (2014). Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid—En kvalitativ studie. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(04), 328–338.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

World Health Organization. (2020, 30. januar). Depression. Hentet 30. mai 2020 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization. Hentet fra <https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>