



BACHELOROPPGAVE:

**UNGE PASIENTER MED DEPRESJON OG  
DERES BEHOV FOR EN STRUKTURERT  
HVERDAG.**

**HVILKE KUNNSKAPER OG  
FERDIGHETER BØR SYKEPLEIER HA  
FOR Å BIDRA TIL DETTE?**

FORFATTERE:

RAGNHILD GRANLI, LIVE HOFF OG LENE RUSTEN

Dato: 10. MAI 2013

## SAMMENDRAG

Tittel:	Unge pasienter med depresjon og deres behov for en strukturert hverdag. Hvilke kunnskaper og ferdigheter bør sykepleiere ha for å bidra til dette?	Dato : 10.05.13
Deltakere:	Ragnhild Granli, Live Hoff og Lene Rusten	
Veileder:	Hege Kletthagen	
Evt. oppdragsgiver:	_____	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Depresjon, struktur, kunnskaper, ferdigheter, sykepleie.	
Antall sider/ord: 47/11789	Antall vedlegg: 2	Publiseringsavtale inngått: Ja
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p><b>Introduksjon:</b> Depresjon er lidelsen som i aldersgruppen 15 til 44 år fører til størst nedsatt funksjonsevne og er en ledende årsak til uførhet på verdensbasis. Depresjon kan påvirke strukturen i hverdagen. Gunderson (1978) beskriver struktur som alle aspekter ved miljøet som legger vekt på forutsigbarhet for tid, sted og person, - som gjør miljøet flytende.</p> <p><b>Hensikt:</b> Hensikten med oppgaven er å finne ut av hvilke kunnskaper og ferdigheter en sykepleier bør ha for å kunne bidra til struktur i hverdagen hos depressive unge pasienter.</p> <p><b>Metode:</b> Det er gjennomført et systematisk søk på forskningsartikler i tiden fra januar til april 2013. Vi har benyttet ulike databaser: <i>Academic Search Elite</i>, <i>Cinahl</i>, <i>Ovid Nursing Database</i>, <i>PsychInfo</i> og <i>PubMed</i>. Utgangspunkt for søkeordene er: depression, adolescent psychiatry, milieu therapy, inpatients, communication og nursing care.</p> <p><b>Diskusjon:</b> Vi har inkludert seks forskningsartikler. Sykepleiere vil trenge ulike kunnskaper og ferdigheter for å bidra til struktur i hverdagen hos en ung, depressiv pasient. Denne studien fremhever betydningen av relasjoner, kommunikasjon og personlige egenskaper hos sykepleier.</p> <p><b>Nøkkelord:</b> Depresjon, struktur, kunnskaper, ferdigheter og sykepleie.</p>		

## ABSTRACT

Title:	Young patients suffering from depression and their need for structure in their daily life. What knowledge and proficiency should a nurse possess in order to contribute to this?	Date : 10.05.13
Participants:	Ragnhild Granli, Live Hoff and Lene Rusten	
Supervisor:	Hege Kletthagen	
Employer:		
Keywords (3-5)	Depression, structure, knowledge, proficiency, nursing.	
Number of pages/words: 47/11789	Number of appendix: 2	Availability: Open
Short description of the bachelor thesis:		
<p><b>Introduction:</b> Depression is the disorder that in the age group 15 to 44 years causes the greatest limitations, and it is a leading cause of disability worldwide. Depression can affect the structure of everyday life. Gunderson (1978) describes structure as all aspects of the environment that emphasizes predictability of time, place and person - which makes the environment floating.</p> <p><b>Purpose:</b> The purpose of the thesis is to find out what knowledge and proficiency a nurse should have to contribute for structure in daily life among young depressive patients.</p> <p><b>Method:</b> We performed a systematic search of research papers in the period from January to April 2013, where we have used different databases: <i>Academic Search Elite, Cinahl, Ovid Nursing Database, PsychInfo and PubMed</i>. Keywords: depression, adolescent psychiatry, milieu therapy, inpatients, communication and nursing care.</p> <p><b>Discussion:</b> We included six research papers. There are many different knowledge and proficiency that will contribute to the structure of daily life among young, depressed patients. This study highlights the importance of relationships, communication and personal characteristics of the nurse.</p> <p><b>Keywords:</b> Depression, structure, knowledge, proficiency and nursing.</p>		

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag

Abstract

<b>1.0 Introduksjon .....</b>	<b>1</b>
<b>2.0 Teoretiske referanser .....</b>	<b>2</b>
2.1 Depresjon .....	2
2.2 Miljøterapi.....	4
2.3 Seksjonens forskningsområde.....	7
2.4 Hensikt .....	7
<b>3.0 Metode .....</b>	<b>9</b>
3.1 Litteraturstudie som metode.....	9
3.2 Litteratursøk .....	9
3.3 Sykepleieforskning og forskningsetikk.....	12
3.4 Presentasjon av valgte forskningsartikler.....	13
<b>4.0 Resultater .....</b>	<b>19</b>
4.1 Sykepleiers rolle i det terapeutiske miljøet .....	19
4.2 Pasientens opplevelse av det terapeutiske forholdet .....	20
4.3 Kommunikasjon og veiledning .....	20
4.4 Depresjon i hverdagen .....	21
4.5 Å være i behandling .....	22
<b>5.0 Diskusjon.....</b>	<b>24</b>
5.1 Konsekvenser av å være deprimert .....	24
5.2 Struktur i hverdagen.....	25
5.3 Miljøterapi for å skape struktur.....	27
5.4 Å bygge relasjoner .....	29
5.5 Kritisk vurdering av litteratur, teori og metodiske overveielser .....	32
<b>6.0 Konklusjon.....</b>	<b>35</b>
<b>7.0 Litteraturliste.....</b>	<b>37</b>
Vedlegg 1: Søkematriser.....	39
Vedlegg 2: PICO- skjema.....	43

## **1.0 Introduksjon**

I følge Verdens helseorganisasjon er mer enn 350 millioner mennesker rammet av depresjon i verden. I den industrialiserte verden er dette lidelsen som i aldersgruppen 15 til 44 år fører til størst nedsatt funksjonsevne og det er en ledende årsak til uførhet på verdensbasis. Verdens helseorganisasjon rangerer depresjon som den fjerde i rekken av alle sykdommer når det gjelder nedsatt livskvalitet og funksjon (WHO 2012). I følge Folkehelseinstituttet er 8 % av befolkningen i Norge til enhver tid rammet av depresjon. Norge bruker i dag omlag 1,5 milliarder kroner hvert år på behandling av deprimerte pasienter (Folkehelseinstituttet 2008).

Depresjon er dermed en vanlig mental forstyrrelse som kan kjennetegnes med nedstemthet, tap av interesse og livsglede, skyldfølelse, lav selvfølelse, forstyrret søvnmønster og appetitt, trøtthetsfølelse og lav konsentrasjonsevne over tid (Hummelvoll 2010). Dette kan igjen påvirke strukturen i hverdagen. Gunderson (1978) beskriver struktur som alle aspekter ved miljøet som legger vekt på forutsigbarhet for tid, sted og person, - som gjør miljøet flytende. På grunn av stigmatisering i samfunnet som fortsatt er knyttet til depresjon, vil den deprimerte ofte ikke innse sin lidelse eller oppsøke behandling (WHO 2012).

## 2.0 Teoretiske referanser

### 2.1 Depresjon

*“Depresjon kan forklares som en sinnstemning, et syndrom eller en egen gruppe sykdommer” (Hummelvoll 2010, s. 171).* Årsaken til hvorfor depresjon oppstår vet en fortsatt lite om, men det kan antas at det skyldes genetiske faktorer som arv eller påvirkning fra miljøet. Når det gjelder arv har en sett at det er større sannsynlighet for at depresjon oppstår hvis individets familie har en “historie” med depresjon. Andre årsaker kan for eksempel være: stress i livssituasjoner, objekttap, aggresjon og hjelpsløshet (Hummelvoll 2010).

I følge Skårderud, Haugsgjerd og Stänick (2010) deles depresjon inn etter graden av symptomer: mild, moderat og alvorlig. Ved alvorlig depresjon kan realitetsoppfatningen være veldig svekket slik at det kan oppstå fastlåste forestillinger, såkalte vrangforestillinger.

Følelsene og tankegangen til en person med alvorlig depresjon kan også være endret. Derfor kan det lett oppstå misforståelser mellom den deprimerte og andre mennesker. Dette kan igjen føre til at den deprimerte føler seg avvist og ensom, som videre kan føre til at den deprimerte isolerer seg (Skårderud mfl. 2010). I følge Hummelvoll (2010) er tankeprosessen ulogisk, og hukommelsen, konsentrasjonen og oppmerksomheten markant svekket. Hvor den deprimerte skal motta hjelp avhenger av hvilken grad depresjonen er og miljøet rundt pasienten. I følge Hummelvoll (2010) vil ikke pasienter med alvorlig depresjon kunne klare å utføre daglige gjøremål og/eller fungere i dagliglivet. Sykehusinnleggelse eller innleggelse på institusjon er å anbefale til pasienter som føler seg handlingslammet og forvirret, eller dersom det er fare for selvmord. Som sykepleiere vil en alltid støte på mennesker med depresjon. Dette gjelder ikke bare innenfor psykiatrien, men også på de ulike somatiske behandlingsstedene. Derfor ser vi det som svært viktig for sykepleiere å bli bevisst på hvordan de møter disse pasientene, og er bevisst på kunnskaper og ferdigheter i forhold til dette møtet.

Hovedmålene for sykepleien i forhold til deprimerte pasienter vil være:

- 1. Å hjelpe pasienten til å uttrykke og gjenkjenne følelser.*
- 2. Å hjelpe pasienten til å møte og bearbeide følelsen av meningsløshet.*
- 3. Å styrke pasientens opplevelse av å ha kontroll over sin livssituasjon - og å finne ulike måter å håndtere depresjonens ulike konsekvenser.*
- 4. Å styrke pasientens selvaktelse og tilknytning til andre mennesker (sosial støtte)*

(Hummelvoll 2010, s. 184)

Hummelvoll (2010) mener at i møte med den deprimerte er det viktig å møte han som et medmenneske, og hjelpe han med å identifisere og bearbeide problemene i hans nåværende livssituasjon. Det er også viktig at sykepleier gjør en datasamling om pasientens totale situasjon. Dette kan gjøres gjennom samtaler, observasjon og informasjon fra andre enn pasienten, som for eksempel av legen eller familien. For at sykepleier skal kunne skaffe seg et helhetlig bilde av pasienten må hun ha informasjon om både den fysiske, sosiale og psykiske tilstanden til pasienten (Hummelvoll 2010).

Joyce Travelbee (1999) er i sin teori opptatt av at sykepleie skal gis til personer som ikke er i stand til å mestre sykdom, lidelse eller de som ikke finner meninger i disse situasjoner.

Travelbee (1999) mener at sykepleierens ansvar er å utføre oppgaver som er forbundet med sykepleie, nemlig å gi den syke hjelp. For å kunne hjelpe de som har behov for omsorg, tjenester og assistanse fra andre mennesker, mener Travelbee (1999) at det må etableres et menneske - til - menneske - forhold. Travelbee beskriver et slikt forhold på denne måten: *“Et menneske - til - menneske - forhold i sykepleie er en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk, eller som har behov for sykepleierens tjenester”*

(Travelbee 1999, s. 41). Hensikten med dette forholdet i sykepleien er å hjelpe individet, familien eller samfunnet til å forebygge, mestre sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne meninger i disse erfaringene. Et slikt forhold kommer ikke av seg selv, det er kontakten og samarbeidet mellom sykepleier og pasient som er viktig for å komme et skritt nærmere. Det stilles derfor krav til at sykepleieren til enhver tid må vite hva hun gjør, tenker og erfarer. Travelbee (1999) beskriver en viktig grunntanke i menneske - til - menneske - forholdet med at sykepleieren og den hun har omsorg for må gå igjennom fire sammenhengende faser. De fire sammenhengende fasene er: det innledende møte, framveksten av identitet, empati, og sympati/medfølelse. Disse fasene er viktig i gjensidig forståelse, kontakt og i etableringen av å danne et profesjonelt forhold. Tiden det tar å bygge opp en slik relasjon varierer, men et viktig element i dannelsen av relasjonen er kommunikasjon og trygghet. Kommunikasjon foregår i ethvert møte mellom sykepleier og den hun har omsorg for. For å unngå at sykepleieprosessen blir en kjølig og intellektuell virksomhet, må en kunne utvikle et samarbeid og et fellesskap mellom sykepleier og pasient. Dette starter i hovedsak med at en i fellesskap prøver å kartlegge pasientens problemer og funksjonsvansker, og i tillegg prøver å finne en måte å møte utfordringene på (Travelbee 1999).

## 2.2 Miljøterapi

Miljøterapi foregår innenfor rammene til et terapeutisk miljø. Betegnelsen terapeutisk miljø er et samlebegrep for avdelinger som skal være et sted hvor pasienters vekstmulighet får en grobunn. Store deler av tiden i en terapeutisk avdeling vil pasienten bruke sammen med pasienter og personalet. Dermed vil grobunnen først og fremst skapes i dette miljøet og ikke bare gjennom individuelle samtaler mellom ulike faggrupper. Det er gjennom struktur på hvordan personalet jobber, måten sykepleier omgås pasientene på, hvordan samarbeidet arter seg, hvordan døgnrytmen er tilrettelagt, hvordan måltider tilrettelegges osv. som legger til rette for pasientens bedring. Det kan være ulike oppfatninger om hvilke faktorer som bidrar til psykisk lidelse og hvilke faktorer som bidrar til vekst, utvikling og bedring i et avdelingsmiljø. Dermed er det veldig ulikt fra institusjon til institusjon hvordan det terapeutiske miljøet er tilrettelagt. Pasientgruppen, miljøpersonalets kompetanse og faglederne, og deres kompetanse og erfaringsbakgrunn vil være med på å forme miljøet i avdelingen (Aanderaa 1997).

Aanderaa (1997) har oppsummert noen av prinsippene om en terapeutisk avdeling som går igjen siden 1980-årene:

- Få pasienter i avdelingen. Dette på grunn av miljøarbeiderens kontakt og personlige forhold til hver enkelt pasient.
- Lange behandlingsopphold. For å bruke tid til å oppnå bedring hos pasienten.
- Selvstendig avdeling. Ofte egne institusjoner som ikke er i tilknytning til andre avdelinger.
- Personalet må oppleve at de jobber selvstendig. Derfor er det viktig med erfaringer og kunnskap hos sykepleiere i en terapeutisk avdeling.

Joyce Travelbee (1999) skriver i sin sykepleieteori om at det som kjennetegner en god og profesjonell sykepleier er evnen til å bruke seg selv terapeutisk. Hun sier at det kreves mye erfaring for å mestre dette, men at grunnlaget etableres gjennom utdanningen. Travelbee (1999) mener at når sykepleieren bruker seg selv terapeutisk bevisstgjør hun bruken av egen personlighet og sine kunnskaper for å kunne påvirke forandringer hos den syke. Forandringen forklares som terapeutisk når den lindrer pasientens plager. For at sykepleier skal kunne bruke seg selv terapeutisk må det som nevnt tidligere etableres et menneske - til - menneske- forhold mellom pasienten og sykepleier. Sykepleier må være reflektert over egne holdninger og tenke gjennom hva sykdom og lidelse betyr for henne. Egenskaper som disiplin, empati, medfølelse og det å kunne fortelle pasienten hva det er som må til for at den syke skal finne meningen



med livet er viktig å ha for sykepleier, og det er på denne måten hun bruker seg selv terapeutisk (Travelbee 1999). Aanderaa (1997) sier at det i en terapeutisk avdeling kan oppstå dilemmaer for sykepleier. På den ene siden trenger pasienten tilknytning til personalet for å oppleve en situasjon preget av trygghet og omsorg. Avdelingen har på den andre siden også et ansvar for at pasienten skal trene på å klare seg selv, slik at de kan få en "normal" hverdag utenfor avdelingen (Aanderaa 1997).

Som nevnt er det altså innenfor det terapeutiske miljøet at miljøterapien foregår. Selve ordet miljøterapi betyr at man bruker potensialet i miljøet slik at pasienten kan lære seg selv bedre å kjenne, andre å kjenne og om at pasienter finner sin plass i tilværelsene. Hverdagen i en miljøterapeutisk avdeling skal være som en læringsarena for pasientene. Gjennom ulike hverdagslige aktiviteter skal de lære å leve et "normalt" liv, slik at de blir rustet til å møte hverdagen utenfor avdelingen. Miljøterapi har en noe diffus definisjon. Dette kan komme av at de praktiseres så ulikt, pasientgruppen er varierende samtidig som det også er en rekke ytre forhold som påvirker den institusjonen avdelingen er en del av. Det er på en måte pasientene sine behov som styrer det behandlingsopplegget som blir gjort i miljøterapien (Aanderaa 1997). For å beskrive sykepleiers rolle i en miljøterapeutisk avdeling har John Gunderson (1978) beskrevet fem funksjonelle variabler som han mener er virksomme elementer for sykepleiers arbeid i en miljøterapeutisk avdeling.

1. Trygging
2. Støtte
3. Engasjement
4. Anerkjennelse
5. Struktur

Gunderson (1978) skriver at funksjonen til trygghet er å sørge for psykisk velvære og lette pasienten fra den byrden det er å ikke ha kontroll over seg selv og andre. Tryggheten skal bidra til at pasientens indre kontroll styrkes. Det er viktig at sykepleier finner en balansegang mellom for lite og for mye trygghet. For mye trygghet kan få pasienten til å isolere seg mer og bli ytterligere passiv (Gunderson 1978).

Støttefunksjonen skal bidra til å gi pasienten en mindre følelse av angst og fortvilelse. Også gjennom støttefunksjonen er det viktig at sykepleier finner en balansegang mellom å gi tilstrekkelig støtte. For mye kan bidra til at pasienten føler en bekræftelse på manglende evne til å være selvstendig og ta ansvar selv. Dette kan igjen styrke pasientens følelse av å ikke strekke til (Gunderson 1978).

Engasjement vil si prosesser som får pasienten til å delta aktivt i sine sosiale omgivelser. På denne måten kan sykepleier bidra til å styrke pasientens "jeg", og øke evnen til samhandling med andre. Dette er en funksjon som spesielt retter seg mot passive og uselvstendige pasienter. Sykepleier skal bidra til å få pasienten til å uttrykke sine følelser om hva han opplever. Hun må også kunne konfrontere pasienten med hans væremåte og konsekvensene av denne. Oppmuntring og påpeking er viktige faktorer for å engasjere pasientene (Gunderson 1978).

Anerkjennelse har med de prosesser som bekrefter pasientens individualitet. Pasienten skal gjennom denne funksjonen tillattes å uttrykke sin lidelse. Dette gjennom å vektlegge at hver pasient har et individuelt behandlingsopplegg, vise respekt for pasienters rett til å være alene og til å ha hemmeligheter. På denne måten kan pasienten få en fastere identitet (Gunderson 1978).

Strukturens hensikt er å knytte forbindelseslinjer mellom pasienten og hans omgivelser, slik at han på denne måten kan få et sterkere grep til virkeligheten. Det vil si at pasienten bør delta mer i den sosiale virkeligheten i stedet for å trekke seg tilbake fysisk og mentalt. Strukturen i en miljøterapeutisk avdeling kommer frem på forskjellige måter. Den er for eksempel synlig gjennom rolledefinisjoner, ansvarsfordeling, orden og døgnrytme. Det at ansatte kanskje bruker navneskilt, at rommene er merket, bruk av kontrakter og belønningssystemer er også elementer som inngår i strukturen. For mye struktur kan gjøre at pasientens kreativitet og selvhevdelse blir borte. Struktur dreier seg om en upersonlig funksjon. Dette gjør at sykepleier blir nødt til å se nødvendigheten av struktur og være med på å gi den faglig og personlig innhold og forstå den i en videre sammenheng. Gunderson (1978) sammenligner den tryggheten, støtten og strukturen som sykepleier gir pasienten som det en mor gir til sitt barn for å gi det trygge og gode vekstmuligheter og forankring til virkeligheten (Gunderson 1978).

### **2.3 Seksjonens forskningsområde**

Høgskolen i Gjøvik har tre forskjellige forskningsområder: kvalitet i sykepleie, utdanningskvalitet og helse i dagliglivet. Seksjonens forskningsområde vil i denne oppgaven tilhøre “*Kvalitet i sykepleie*”. Denne seksjonen omhandler “*Pasienters behov og sikkerhet*” og “*Personalets funksjon og sikkerhet*”. Dette handler om utvikling av kunnskap om fenomener som er knyttet til menneskers grunnleggende behov, samhandling med pasient, pårørende og andre grupper i helsetjenesten, samt pasientsikkerhet. I forhold til personalets funksjon og sikkerhet, er denne seksjonen rettet mot den fysiske og psykososiale arbeidssituasjonen og samhandling mellom ulike yrkesgrupper i helsetjenesten (HIG 2011).

Kvalitet i sykepleie kan dermed relateres opp mot Joyce Travelbee sin sykepleieteori fra 1999 som omhandler de mellommenneskelige aspekter. Hun er i sin teori opptatt av at sykepleie skal dekke de grunnleggende behovene til individet, familien og samfunnet, samt å forebygge sykdom. For å kunne hjelpe de som har behov for omsorg, assistanse og tjeneste, mener Travelbee (1999) at det må etableres et menneske – til – menneske - forhold. Dette forholdet innebærer at den profesjonelle sykepleier har evne til å bruke seg selv terapeutisk samt å dele opplevelser og egne erfaringer som er forbundet med sykepleie. Gjennom dette forholdet kan sykepleier samhandle med pasienter, pårørende og andre grupper i helsetjenesten (Travelbee 1999).

### **2.4 Hensikt**

Hensikten med oppgaven er å finne ut av hvilke kunnskaper og ferdigheter en sykepleier bør ha for å kunne bidra til struktur i hverdagen hos depressive unge pasienter.

Vi har valgt å fokusere på unge som er rammet av så alvorlig depresjon at det kreves innleggelse i institusjon. Aldersgruppen vi kommer til å konsentrere oss om er fra 16 til 25 år. I denne perioden av livet er de som blir rammet av depresjon særlig sårbare (Hummelvoll 2010). Det er i denne perioden mennesker legger grunnlaget i livet sitt med tanke på utdanning, jobb og sosiale rammer. Ut i fra dette vil vi fokusere på miljøterapi som behandlingsform. Dermed skal vi finne ut om hvordan en sykepleier i det terapeutiske miljøet kan hjelpe pasienten med å ha en struktur i hverdagen for å håndtere dagliglivet.

Vi har hatt praksis ved en institusjon der miljøterapi var en stor del av behandlingsopplegget. Der så vi hvordan fokus på struktur i hverdagen er et viktig element i behandling av

depressive, unge pasienter. Ved vår praksisperiode i psykiatrien opplevde vi hvordan pasientene hadde nytte av denne behandlingsformen både under behandling i institusjon, men også når de skal opprettholde en hverdag i sitt eget hjem etter endt behandlingsopphold. På bakgrunn av dette og det store antallet deprimerte pasienter i verden og i Norge ser vi det som viktig for sykepleier å ha kunnskap og ferdigheter i forhold til denne pasientgruppen.

Ut i fra hensikten har vi formulert denne problemstillingen:

*“Unge pasienter med depresjon og deres behov for en strukturert hverdag. Hvilke kunnskaper og ferdigheter bør sykepleier ha for å bidra til dette?”*

### **3.0 Metode**

#### **3.1 Litteraturstudie som metode**

Vi har i denne oppgaven benyttet oss av en litteraturstudie. En litteraturstudie er en systematisk gjennomgang av litteraturen rundt en valgt problemstilling. En må vurdere litteraturens relevans til oppgaven. Deretter må litteraturen vurderes kritisk slik at en kan være sikker på at det er gyldig litteratur som kan benyttes i arbeidet. Vi har brukt modellen til Polit og Beck (2010) for å gjøre et systematisk litteratursøk: Denne modellen beskriver at en først må formulere en problemstilling. Denne skaper et utgangspunkt for å lage en søkestrategi og velge hvilke søkeord en først og fremst vil benytte. Vi har brukt mye tid på å søke opp artikler og fortløpende utført en rask lesning av abstrakter for å vurdere artiklenes relevans. Under søkingen har vi dokumentert alt av søk i et søkedokumentasjonsskjema, der vi nevner søkeord, antall treff og kombinasjoner vi har brukt (se vedlegg 1). De artiklene vi har funnet relevante har vi analysert og gransket kritisk i forhold til vår oppgave. Vi vil presentere våre forskningsartikler og deretter sammenfatte våre resultater (Polit og Beck 2010).

Fordelen med å bruke et litteraturstudie som en metode er at det gir en mulighet til å få en god oversikt over tilgjengelig litteratur for tema. Det er ofte at litteraturstudier er utgangspunktet for kvantitative forskere. De kan avsløre under hvilke områder det mangler forskning og dermed gi forskerne en pekepinn i forhold til hva de kan forske på. Litteraturstudier blir sekundærkilder, og for at vi skal kunne få en best mulig korrekt oppgave må vi finne litteratur som virker pålitelig. Det er dermed viktig at vi vurderer litteraturen kritisk, siden vi baserer oppgaven på informasjon vi får fra det som vil bli sekundærkilder i denne studien (Polit og Beck 2010).

#### **3.2 Litteratursøk**

Litteratursøket ble startet tidlig med tanke på å finne relevant litteratur. Vi har søkt både etter artikler, bøker og tidsskrifter samt brukt offentlige dokumenter på internett. Vi har utført systematiske søk på forskningsartikler i tiden fra januar til april, der vi har brukt ulike databaser. Vi har først og fremst tatt utgangspunkt i Høgskolen i Gjøvik sine hjemmesider, der det anbefales flere databaser vi kan benytte innenfor seksjonen for helse og omsorg. Søkemotorene vi har benyttet er *Academic Search Elite*, *Cinahl*, *Ovid Nursing Database*, *PsychInfo* og *PubMed*. I tillegg har vi benyttet oss av Bibsys Ask for å søke etter relevante

bøker og tidsskrifter. Som det fremgår i vårt søkedokumentasjonsskjema (se vedlegg 1), finnes det mye forskning innenfor temaet depresjon. For å få et overblikk har vi lest gjennom flere abstrakter på litteraturstudier. I følge Polit og Beck (2010) er dette en god måte å få et overblikk over tidligere forskning på, men det er også viktig å se på studiene som er gjort i etterkant av studiene. Likevel må vi være kritiske til at dette er sekundærkilder, det vil si at forfatteren av litteraturstudien ikke har foretatt søkene, og derfor er ikke alle detaljer like pålitelige (Polit og Beck 2010).

I vårt søk etter forskningsartikler har vi fokusert på artikler som er primærkilder, det vil si artikler hvor det er forfatterne som har foretatt søkene. For å spesifisere vår hovedessens i denne oppgaven og deretter finne søkeord, valgte vi å sette opp et PICO - skjema (se vedlegg 2). I et PICO-skjema betegner hver bokstav sitt moment: Patient/problem, intervention, comparison og outcome (Nortvedt 2007). Søkeordene vi har tatt utgangspunkt i er: depression, adolescent psychiatry, milieu therapy, inpatients, communication og nursing care. For å avgrense søket ytterligere har vi brukt kombinasjonsordet "AND". Som Polit og Beck (2010) anbefaler har vi valgt å sette opp egne inklusjons- og eksklusjonskriterier i søkene etter forskningsartikler:

Inklusjonskriterier:

- Unge pasienter med depresjon.
- Artikler på engelsk, norsk, svensk eller dansk, for å forstå hva som står skrevet i artiklene.
- Artikler som følger IMRAD strukturen (Nortvedt 2007).
  - o Introduksjon: Hensikten med studien?
  - o Metode: Hvordan er studien gjennomført og resultatene analysert?
  - o Resultat: Funnene i studiene.
  - o Diskusjon: Hva betyr funnene/resultatene?
- Artikler som er fagfellevurdert, for å sikre artikler som er av et høyere vitenskapelig nivå.
- Artikler som er relevante i Norge og kan sammenlignes med strukturen i det norske helsevesenet.
- Artikler som er i tråd med "*Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden*".
- Artikler i fulltekst.
- Artikler som er publisert etter år 2000.

Eksklusjonskriterier:

- Artikler som omhandler eldre psykiatriske pasienter.
- Artikler som ikke er fagfellevurdert.
- Artikler som er fra land med store forskjeller fra norsk helsevesen.
- Artikler som omhandler depresjon på grunn av kronisk somatiske sykdommer.
- Artikler som omhandler kvinner med fødselsdepresjon.

For å kunne forsikre oss om at forskningsartiklene har et høyere vitenskapelig nivå, har vi valgt å benytte oss av NSD: *“Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste”*. NSD har ansvar for registeret over autoriserte publiseringskanaler som tidsskrifter, serier og forlag. På denne måten kan vi finne ut om artiklene er fagfellevurdert og om artiklene har et vitenskapelig nivå i *“Databasen for statistikk om høgre utdanning”*. Artiklene blir vurdert på grunnlag av to vurderingskanaler: Ordinære vitenskapelige artikler blir i følge NSD (2012) vurdert som publiseringskanaler nivå 1, mens nivå 2 blir vurdert på bakgrunn av kanaler med høyest internasjonal fremvekst. De artiklene som ikke gir noen treff, er ikke med i vurderingskanalen til NSD. Vi har som nevnt i oppgaven valgt å benytte oss av vitenskapelige artikler som er fagfellevurdert, og som er publisert med vurderingskanal nivå 1 og/eller nivå 2 (NSD 2012).

Vi har også sett på om forskningen er gjort ved kvantitativ eller kvalitative metoder. I følge Nortvedt (2012) brukes kvalitativ forskning for å undersøke subjektive opplevelser, holdninger og erfaringer. Datasamlingen av kvalitative forskningsmetoder skjer som regel gjennom intervjuer, observasjoner og/eller gjennom lesning av dokumenter (Nortvedt 2007). For å vurdere kvalitative studier har vi tatt utgangspunkt i Polit og Beck (2010) sin beskrivelse av Lincoln og Guba (1985) sine kriterier: Troverdighet, pålitelighet, bekreftbarhet, overførbarhet og autentisitet. Kvantitativ forskning er et forskningsdesign der informasjon samles på en planlagt måte, til et gitt tidspunkt. Forskningsdesignet brukes mest når en ønsker å beskrive forekomst og fordelinger av resultater (Nortvedt 2007).

### **3.3 Sykepleieforskning og forskningsetikk**

I tråd med “*Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden*” defineres forskning som kreativ, original og systematisk prosess som har som mål å øke kunnskaper (Sykepleiernes Samarbeid i Norden 2003). Forskning innebærer bruk av et bredt spekter av forskningsmetoder. Det gir mulighet for forskningsbasert undervisning og bidrar til kunnskapsoppbygning. Som sykepleiere er vi forpliktet å hjelpe sårbare grupper som ikke er i stand til å ta vare på seg selv. International Council of Nurses (ICN) har delt sykepleiers oppgaver i fire grunnleggende ansvarsområder: å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse. Som sykepleiere er vi forpliktet å holde oss faglig oppdatert innenfor disse fire ansvarsområdene. Dette gjelder også innenfor sykepleieforskning og de etiske utfordringer en kan møte i forskning som involverer mennesker. Derfor ser vi det som viktig for sykepleiere å ha ferdigheter i hvordan man finner frem i ny forskning som blir gjort (Sykepleiernes Samarbeid i Norden 2003).

I sykepleieforskning tas det opp relevante spørsmål som har en betydning for sykepleiefaget, som inkluderer sykepleiepraksis, utdanning, administrasjon og informatikk. Klinisk sykepleieforskning går ut på forskning for å veilede sykepleiepraksis, og for å forbedre helse og livskvalitet for pasientene (Polit og Beck 2010).

De etiske prinsippene innenfor sykepleieforskning som involverer mennesker bygges opp av fire prinsipper: autonomi, å gjøre godt, å ikke gjøre skade og rettferdighet. Menneskets autonomi respekteres når deltageren er informert om studie og gir sitt samtykke. Det innebærer tillit mellom forsker og mennesket som er involvert i forskningen. Dette overholdes når studie foregår på frivillig basis, beskytter privatlivet og deltageren har en rett til å trekke seg fra forskningsprosjektet. Prinsippet om å gjøre godt innebærer at forskningen skal være til nytte for den eller de grupper de retter seg mot. Dette må forskeren tenke kritisk igjennom på forhånd. Prinsippet om å ikke gjøre skade vil si at forskningen ikke må få skadelige virkninger for de som deltar. Forskeren må sørge for å minimalisere de skader som deltagerne kan få, og er pliktet til å gi informasjon om eventuelle negative konsekvenser. Det siste prinsippet om rettferdighet innebærer at forskeren ikke må utnytte svake grupper i sin forskning. Forskeren må verne om og ha omsorg for disse. Disse etiske prinsippene har vi lagt vekt på i valg av forskningsartikler til vårt litteraturstudie (Sykepleiernes Samarbeid i Norden 2003).



### 3.4 Presentasjon av valgte forskningsartikler

Tittel, land, år	Forfatter (e)	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Resultat
<p>“Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship : a grounded theory study”.</p> <p>Irland, 2006.</p>	A. Scanlon	<p><i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i></p> <p>Fagfellevurdert. Vitenskapelig nivå 1.</p>	<p>Målet med studien er å utvikle en teori om hvordan psykiatriske sykepleiere danner et terapeutiske forhold til pasienter med psykiatriske lidelser.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Studien ble gjennomført med seks psykiatriske sykepleiere med 2-10 års erfaring.</p> <p>Sykepleierne ble intervjuet om hvilke ferdigheter de benyttet for å danne et terapeutisk miljø.</p>	<p>Resultatene av studiene viser at prosessen med å utvikle terapeutiske relasjoner er basert på egen erfaring gjennom anskaffelse av mellommenneskelige ferdigheter.</p> <p>Å møte pasienten som han/ hun er.</p> <p>Humor blir brukt for å utvikle et godt sykepleier-pasient forhold.</p> <p>Kommunikasjon og benyttelse av tid med pasienten påvirker det terapeutiske forholdet.</p>

<b>Tittel, land, år</b>	<b>Forfatter(e)</b>	<b>Tidsskrift</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat</b>
<p>“Acknowledging communication: a milieu – therapeutic approach in mental health care”</p> <p>Norge, 2008.</p>	<p>Solfrid Vatne og Elisabeth Hoem.</p>	<p><i>Journal of Advanced Nursing</i></p> <p>Fagfellevurdert. Vitenskapelig nivå 2</p>	<p>Studien er gjort for å utvikle miljøterapeutisk tilnærming i psykisk helsevern.</p> <p>Målet med denne studien var å utvikle kunnskapen til miljøarbeidere om anerkjennende kommunikasjon i relasjoner med pasienter.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Studien ble gjennomført på en avdeling med totalt 17 unge pasienter med ulike psykiske lidelser. Den ble gjort i veiledningsgrupper med personalet på 50 stk.</p> <p>Personalet ble delt i åtte grupper der de fortalte hendelser/situasjoner fra praksis.</p> <p>Annenhver uke i 18 måneder ble det holdt møter der lederen i hver refleksjonsgruppe ble</p>	<p>Gjennom studien var kjernen anerkjennende kommunikasjon.</p> <p>Å erkjenne pasienter ved å stille reflekterende, undrende spørsmål, istedenfor å gi autoritære beskjeder.</p> <p>Ansatte kan få et tett, profesjonelt forhold til pasienten gjennom refleksjoner og selvavgrensning.</p> <p>Bekreftelse kan skje uten anerkjennelse når fagfolk bekrefter pasienter i samsvar med hva de tror er best for</p>

				intervjuet og gruppen hadde analysert hendelsen om anerkjennelse og kommunikasjonen.	pasienten.  Det forekommer misforståelse av anerkjennelse i praksis.
--	--	--	--	--	--

<b>Tittel, land, år</b>	<b>Forfatter (e)</b>	<b>Tidsskrift</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat</b>
“The experience of major depression: adolescents' perspectives”  USA, 2002.	Terri J. Farmer.	<i>Issues in Mental Health Nursing</i>  Fagfelleverdert. Vitenskapelig nivå 1.	Hensikten med studien var å beskrive opplevelsen av en alvorlig depresjon fra ungdommers perspektiv. På denne måten kan man få en mer omfattende beskrivelse av sykdommen.	Kvalitativ studie. For å utføre studiet har de valgt et fenomenologisk perspektiv. Det ble foretatt dybdeintervjuer av 5 ungdommer mellom 13 og 17 år. Resultatene ble delt inn i 8 hovedtemaer.	Ut i fra intervjuene ble resultatene delt inn i 8 temaer med totalt 44 underkategorier. De åtte temane var: 1. Tretthets-følelse. 2. Ensomhets-følelse. 3. Usikkerhets-følelse. 4. Nådeløst sinne. 5. Skilsmissebarn: Fanget i midten. 6. Spektre av å rømme fra smerten. 7. Perspektiv på vennskap.

					8. Få en følelse av å bli frisk.
--	--	--	--	--	----------------------------------

<b>Tittel, land, år</b>	<b>Forfattere (e)</b>	<b>Tidsskrift</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat</b>
<p>“Treatment regimes in a psychiatric hospital and apparent contradictions: Report from field work in a lock – up ward illustrated with a constructed case”.</p> <p>Norge, 2009.</p>	<p>Aina Skorpen, Norman Anderssen, Christine Øye og Anne Karen Bjelland.</p>	<p><i>International Journal of Mental Health Nursing</i></p> <p>Fagfelleverdivert.</p> <p>Vitenskapelig nivå 1.</p>	<p>Studien er gjort for å finne ut om hvordan miljøterapi fungerer i en døgnavdeling</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Studien ble gjennomført hovedsakelig i en ni måneders etnografisk studie, samt uformelle intervjuer og samtaler. Det ble utført ved to psykiatriske avdelinger.</p> <p>Fem måneder i en akuttpost og fire måneder i en langtidspost</p>	<p>Studie viser at det er vanskelig å gjennomføre miljøterapi, da den medisinske behandlingen tar over. Viktig å ha profesjonelle og fast ansatte som klarer og holde den strukturen miljøterapien krever.</p>

<b>Tittel, land, år</b>	<b>Forfatter(e)</b>	<b>Tidsskrift</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat</b>
<p>“Understanding and Knowledge of Psychiatric Treatment Among Adolescent s and Adults”.</p> <p>Israel, 2009.</p>	<p>Ido Lurie, Shai Aviram, Muli Linder, Noa Kalman, Gideon Ratzoni, Yechiel Levkovits og Yuval Bloch.</p>	<p><i>Clin Child Psychol Psychiatry</i></p> <p>Fagfellevarde rt.</p> <p>Vitenskapelig nivå 1.</p>	<p>En har grunnleggende rettigheter i medisinsk behandling som sier at en skal forstå innholdet i behandling en. Samt være klar over egne rettigheter i form av samtykke.</p> <p>Det har vært økende oppmerksomhet om kunnskap, forståelse og kompetanse av psykiatriske inneliggende pasienter, men mindre</p>	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>Kontaktet terapeuter og helsepersonell i sitt område for å få en oversikt over alle psykiatriske pasienter som har vært inneliggende siste tre år.</p> <p>30 ungdom og 30 voksne stilte frivillig opp til å svare på 15 konkrete spørsmål om kunnskap de måtte ha for å gi samtykke ved</p>	<p>Sammenlignet relevant kunnskap for beslutninger i pasientbehandlingen. Samt de to aldersgruppene ungdom (gj. 20, 1 år) og voksne (gj. 44,3 år). Hypotesen om at voksne hadde bedre kunnskaper viste seg motsatt i resultatene. Men det kommer frem at ungdommen fikk flere forklaringer av ulike ansatte, dermed hadde de en bedre, oppnådd kunnskap. Samt hadde de hatt en kortere varighet av sykdom, desto mindre effekt på kognitive ferdigheter.</p>

			for den yngre undergruppe. Lite spørsmål om kompetanse og samtykke blant den unge psykiatriske pasientgruppen.	behandling.	
--	--	--	--	-------------	--

<b>Tittel, land, år</b>	<b>Forfatter(e)</b>	<b>Tidsskrift</b>	<b>Hensikten</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat</b>
“Take my hand, help me out”: Mental health service recipients` experience of the therapeutic relationship”.  Australia, 2007.	Mona Shattell, Sharon Starr og Sandra Thomas.	<i>International Journal of Mental Health Nursing</i>  Fagfelleverdert. Vitenskapelig nivå 1.	Hensikten med studie er å undersøke hvordan psykiatriske pasienter opplever og erfarer det terapeutiske forholdet i en institusjon	Denne studien er en kvalitativ studie med sekundær analyse. 20 personer med forskjellige psykiske lidelser blir intervjuet om hvordan de opplever det terapeutiske forholdet.	Pasientene erfarte at når personalet relaterte seg til dem, brukte god tid og møtte dem som medmennesket, ble det terapeutiske forholdet styrket.

## **4.0 Resultater**

Vi vil i denne delen presentere de seks forskningsartiklene vi har benyttet i oppgaven. Resultatene i studiene har vi valgt å presentere i fem underkapitler. Vi har valgt ut de resultatene som er relevante for vår oppgave, og ekskludert den informasjonen som er irrelevant med tanke på vår problemstilling.

### **4.1 Sykepleiers rolle i det terapeutiske miljøet**

I studien til Vatne og Hoem (2008) kom det frem at sykepleiere i psykiatrien beskriver anerkjennelse som å erkjenne pasienter som en verdifull person. Ut i fra studien vises det at sykepleierne opplevde det som vanskelig å sette teorien ut i praksis. Dette fordi det er lett for sykepleierne å ta beslutninger ut i fra egne meninger og synspunkt. Deltagerne i studien har reflektert over viktigheten av å snu situasjonen ved å se det gjennom pasientens synspunkt. På denne måten kan de dele sine tanker og følelser rundt situasjon, og vise at de forstår pasientene. Resultatene viser at de ansatte føler at de må være snille og støttende til alt pasientene sier i institusjonen. Pasientene kan da oppleve de profesjonelle som vage, utydelige, og det kan oppstå misforståelser. De ansatte konkluderer med at de må bidra med respektfull deling av sine meninger, og utfordre pasientenes synspunkt etter diskusjoner som ble gjennomført i studien (Vatne og Hoem 2008).

Flere av studiene omhandler det terapeutiske forholdet mellom sykepleier og pasient. Studiene til Scanlon (2006) handler om hvordan sykepleiere opplever dette fra sitt perspektiv. I studiene kom det frem at sykepleierne benyttet seg av ulike tilnærminger for å danne et terapeutisk forhold til pasientene. De ulike tilnærmingene var: individualisering, kommunikasjonsteknikker, bruk av humor, "teamarbeid", disponering av tid, samt sykepleierens holdninger, kunnskaper og ferdigheter. Sykepleierne i studiet erfarte når de inkluderte pasienten i behandlingsopplegget og behandlet pasienten som et medmenneske ble det terapeutiske forholdet styrket. Videre opplevde sykepleierne at relasjonen ble sterkere når de hadde evnen til å sette seg inn i pasientens situasjon og evne til å benytte ulike kommunikasjonsteknikker. Som for eksempel å være en aktiv lytter og holde blikkontakt med pasienten ved kommunikasjon. Som det fremgår i studiene til Scanlon (2006) er de personlige erfaringene like viktige som de faglige kunnskapene hos en sykepleier. Sykepleierne opplevde

at bruk av humor i behandlingen, påvirket pasientens personlighet. Noen av pasientene ble avslappet og relaterte seg til terapeuten, mens andre ble stresset og følte seg uvel.

#### **4.2 Pasientens opplevelse av det terapeutiske forholdet**

I flere av studiene kommer det frem at relasjonen mellom sykepleier og pasient er en viktig del av behandlingen for unge depressive pasienter (Scanlon 2006; Shattell, Starr og Thomas 2007; Vatne og Hoem 2008). Som det fremgår i studiene til Shattell, Starr og Thomas (2007) opplevde pasientene det terapeutiske forholdet som sterkere når sykepleieren relaterte seg til dem, og hjalp dem med å finne løsninger i livet. Et viktig element i dannelsen av et terapeutisk forhold var når sykepleier møtte pasienten som et medmenneske, og ikke bare som en pasient med en diagnose. Pasientene erfarte at terapeutisk berøring som for eksempel å gi en klem, et klapp på skulderen eller et fast håndtrykk kunne styrke et terapeutisk forhold mellom pasienten og sykepleier (Shattell, Starr og Thomas 2007).

Som nevnt vektlegger pasientene de personlige egenskapene like mye som de faglige ferdighetene hos en sykepleier. I følge pasientene i studien ble det terapeutiske forholdet styrket når terapeuten var rolig, tålmodig, ærlig og ikke - dømmende. En annen årsak til at dette forholdet ble styrket var sykepleierens ferdigheter og kunnskaper om individualisering, omsorg og bruk av tid. Når pasientene ble inkludert i behandlingsopplegget fikk de følelsen av å være med i et "team". Pasientene opplevde at "teamarbeidet" ble sterkere når sykepleieren ga dem oppmerksomhet, bekreftelse og blikkontakt, samt at hun hadde evne til å veilede (Shattell, Starr og Thomas 2007).

#### **4.3 Kommunikasjon og veiledning**

I de kvalitative studiene til Shattell, Starr og Thomas (2007) og Vatne og Hoem (2008) beskrives kommunikasjon som et hjelpemiddel til å skape gjensidighet mellom sykepleier og pasient. For helsepersonell innenfor psykiatrien er det viktig å prøve og forstå det pasientene forteller, samt forstå deres subjektive virkelighet for å oppnå en terapeutisk endring. Vatne og Hoem (2008) beskriver den anerkjennende kommunikasjon som en deling av gode og dårlige følelser, og hvordan de kan møte samtalen på en respektfull måte. Sykepleierne mente at de kommuniserte bedre med pasientene og dermed fikk et nærmere profesjonelt forhold med dem. Gjennom studien ble sykepleierne oppmerksomme på at det var viktig å ha klare grenser



i forhold til kommunikasjon med pasientene. Både for å begrense seg selv og ikke komme i konflikt med pasientene. De opplevde også endringer i måten de ga beskjed på, da de ikke lenger ga autoritære beskjeder, men heller stilte undrende spørsmål (Vatne og Hoem 2008). I studien til Shattell, Starr og Thomas (2007) uttrykker pasientene at hverdagslige spørsmål var like viktige som spørsmål om sine problemer. De hverdagslige spørsmålene kunne for eksempel være om boforholdene, familien, venner og om sosial deltakelse (Shattell, Starr og Thomas 2007).

#### **4.4 Depresjon i hverdagen**

I følge den kvalitative studien til Terri J. Farmer (2002) hadde ungdommene noen fellestrekk i hvordan de opplevde det å leve med en alvorlig depresjon. Det som ungdommene fokuserte på som karakteristiske kjennetegn for depresjon var: sinne, tretthet og mellommenneskelige vanskeligheter. I studien påpeker flere av ungdommene i intervjuet hvordan de følte seg slitne hele dagen og hvordan dette gjorde det vanskelig å gjennomføre hverdagslige aktiviteter. Noen beskrev hvordan det ble vanskelig å se lyspunkt i livet. Symptomer som hodepine, svimmelhet og søvnløshet ble også beskrevet hos noen. Å ikke få sove om natten påvirket igjen hvordan de fungerte om dagen, og dermed var de inne i en ond sirkel. Noen av ungdommene beskrev også hvordan det påvirket dem når de skulle forsøke å gjøre skolearbeid. Motivasjonen og energien til å gjøre det var manglende, og dermed beskrev de at det ble vanskelig å følge med i skolen. Noen kom i spesialklasse på grunn av sin lidelse. Dette førte igjen til en forsterket følelse av utilstrekkelighet og forverring av sykdommen (Farmer 2002).

I den samme studien kommer det frem at flere av ungdommene hadde en opplevelse av å ikke føle seg hjemme. Dette gjaldt både på skolen, blant vennene og i sitt eget hjem. Det ble sagt av flere i intervjuene at trygghetsfølelsen ble borte, og at det var særlig vanskelig med familiære forhold. Forholdet til vennene var varierende, og to av ungdommene assosierte det upålitelige forholdet til venner med depressive symptomer. Noen mistet kontakten med vennene, mens andre hadde støtte i sine venner gjennom depresjonen. Den mest framtrædende følelsen ungdommene opplevde i følge studien til Farmer (2002) var følelsen av sinne. Flere beskrev at det skulle så lite til før de ble sinte, og de beskrev sinne som konstant, lett å trigge og eksplosivt. Dette skapte igjen mellommenneskelige vanskeligheter og konflikter (Farmer

2002).

I studien til Farmer (2002) kom det frem at skilsmisse og ekteskapsproblemer hos foreldrene kunne være en negativ faktor i forhold til depresjon. Hovedsakelig var det følelser av tristhet, sinne og forvirring om foreldrenes relasjoner som preget de ungdommene som var skilsmissebarn eller hadde foreldre med ekteskapsproblemer. I Farmer (2002) sin studie har flere ungdommer også beskrevet hvordan de forsøkte å rømme fra smerten eller familien. Alt fra midlertidige harmløse forsvinninger til mer permanente forsøk ble gjort av ungdommene som led av alvorlig depresjon. Det var alt fra å engasjere seg voldsomt i sport, til å tilbringe mye tid hos venner eller isolere seg på rommet sitt. Noen gjorde impulsive kriminelle gjerninger, og brydde seg ikke om konsekvensene. Flere av ungdommene opplevde å ha tanker om selvsykdom og selvmord, og noen beskrev at det ikke så meningen med å leve i stedet for å være død (Farmer 2002).

#### **4.5 Å være i behandling**

I Farmer (2002) sin kvalitative studie beskrives det som en prosess å begynne i terapi for sin depresjonen. Noen skjønnte selv at de måtte bli bedre, mens andre ble med på terapi arrangert av foreldre. Deltagerne beskrev at riktig behandling og en god terapeut var vesentlig, men det viktigste var å føle seg trygg i den terapeutiske settingen. Noen som hadde vært i individuell psykoterapi fortalte at det som var positivt var at de uredigert kunne dele sin versjon av tanker og følelser uten å frykte konsekvensene av dem. Ved gruppeterapi opplevde de redusert ensomhetsfølelse og at de ikke følte seg så ille på grunn av sykdommen, siden det var flere i samme situasjon. Deltakere fortalte om frustrerende bivirkninger av medikamentene og følelsen av at det gikk sakte fremover i behandlingen (Farmer 2002).

I studien som ble gjennomført av Skorpen m.fl. (2009) følger de en pasient i oppstart av behandlingen på en miljøterapeutisk avdeling. Under studien la de først merke til hvordan røykerommet var et fristed for pasientene. Her hadde de samtaler med andre som seg selv, der de kunne snakke åpent om sine opplevelser, sykdom og bakgrunn for innleggelse. Pasienter på et behandlingssted der de utnytter miljøterapi, er innlagt på frivillig basis. Pasienten som følges i studien ønsker å snakke om smertefulle opplevelser fra fortiden, men også få hjelp til å løse sine økonomiske problemer under oppholdet på institusjon. Etter innleggelsen synes

hun det går sent fremover og venter stadig på å starte behandlingen. I den samme studien ser de at sykepleierne i en miljøterapeutisk avdeling har mange arbeidsoppgaver de skal utføre, som kan påvirke det terapeutiske miljøet. Studien viser at de er avhengige av en stabil personalgruppe for å opprettholde strukturen i behandlingen. Under behandlingsmøter blir pasientene diskutert ut i fra observasjoner som blir gjort i miljøet. Det vises at det biomedisinske aspektet dominerer disse møtene, da sykepleier observerer virkning og bivirkning av medikamenter til en hver tid, som igjen kan ta fokuset bort fra miljøterapien (Skorpen mfl. 2009).

I den kvantitative studien av Lurie m.fl. (2009) har de hatt fokus mot ungdom i institusjoner og deres krav på informasjon om behandlingen. Ut i fra den studien som ble gjort så de klare forskjeller i gruppene av ungdom og voksne. Undersøkelsen viste at ungdommen hadde kunnskaper om psykiatri, medikamenter, innleggelse, hvem som kan ta avgjørelsen ved en tvangsinnleggelse og hva som ligger til grunn for dette. Under studien så de at ungdom hadde ett større antall ansatte involvert i deres behandling enn de voksne, og dermed var det flere av personalet som stadig informerte dem om deres behandlingsopplegg (Lurie mfl. 2009).

## 5.0 Diskusjon

*“Unge pasienter med depresjon og deres behov for en strukturert hverdag. Hvilke kunnskaper og ferdigheter bør sykepleier ha for å bidra til dette?”*

I diskusjonsdelen vil resultatene fra de seks forskningsartiklene drøftes opp mot problemstillingen, i lag med annen relevant litteratur, Gunderson (1978) sin artikkel og egne relevante praksiserfaringer.

### 5.1 Konsekvenser av å være deprimert

Som det kommer frem hos Verdens helseorganisasjon er depresjon en av de årsakene som fører til mest uførhet i verden (WHO 2012). Derfor kan det forstås slik at en alvorlig depresjon vil kunne gi store konsekvenser for dem som rammes av den.

Blant symptomene på depresjon som Hummelvoll (2010) beskriver er forstyrret søvnmønster, tretthetsfølelse og lav konsentrasjon over tid blant kjennetegnene. Dette gjenspeiles også i studien til Farmer (2002) hvor ungdommene nevnte tretthetsfølelsen som et symptom for sin depresjon. Slik kan en se at en person som har forstyrret søvnmønster, er trett og har lav konsentrasjonsevne over tid vil kunne få vanskeligheter med å utføre en jobb, gjøre skolearbeid og generelt fungere i hverdagen. Dette var noe som ungdommene i Farmer (2002) sin studie beskrev at de opplevde. Å være konstant sliten gjorde det vanskelig for dem å utføre daglige gjøremål (Farmer 2002). I alderen mellom 16 og 25 år er unge mennesker i en fase hvor det er fokus på utdanning, jobb og det å bygge et sosialt nettverk. Dette sammen med å finne sin egen identitet er viktige element for å bygge et fundament i starten av voksenlivet. Ved å se på symptomene for depresjon og alderen de er i, kan en vurdere det slik at en alvorlig depresjon kan ha den konsekvensen at den hemmer individene i ung alder. Dette kan medføre at individet mister evnen til å skaffe seg den nødvendige ballasten (utdanning, jobb og sosialt nettverk) for å kunne fungere i voksenlivet. Et symptom som Hummelvoll (2010) ikke utdyper, men som ungdommene i studien til Farmer (2002) nevner som den mest fremtredene følelsen, var sinne. Dette kan ses i sammenheng med det å ha et sterkt temperament, som også kan påvirke sosiale forhold. Å sosialisere seg med dem som lett blir sinte vil være vanskelig. På den andre siden er de i en alder hvor det også kan forekomme naturlige humørsvingninger, og dermed er det mulig at andre mennesker ikke ser på deres sinne som unaturlig.

Innledningsvis i studien til Farmer (2002) kommer det frem at det er vanskelig å diagnostisere

ungdommer som har symptomer på depresjon, nettopp på grunn av naturlige humørsvingninger. Det kan derfor være mange ungdommer som går rundt uten å få behandling for sin depresjon. Imidlertid kan det jo også være unge som får behandling for depresjon, men som kun har naturlige hormonelle forandringer (Farmer 2002).

Som nevnt tidligere er depresjon en ledende årsak til uførhet i verden (WHO 2012). I Farmer (2002) sin studie var det flere av ungdommene som kom i spesialklasse når de var rammet av depresjonen. Derfor vil en tro at det vil være vanskelig å gjennomføre skolegang, få seg utdanning og beholde en jobb ved denne lidelsen. Det å oppleve at en mislykkes med utdanning og skole kan igjen påvirke selvfølelsen. Å ha en lav selvfølelse er også et symptom Hummelvoll (2010) beskriver som kan forekomme ved depresjon. Symptomene kan på bakgrunn av dette ses i sammenheng, hvor det ene symptomet kan forårsake andre symptomer. Tap av interesser og livsglede, nedstemthet, sinne, søvnforstyrrelser, konsentrasjonsproblemer og lav appetitt vil kanskje kunne forsterke hverandre. Symptomene til sammen kan gjøre at en mister strukturen i livet, det som Gunderson (1978) beskriver som gjør at miljøet er flytende. En kan spørre seg selv om hva som skjer dersom den deprimerte pasienten ikke har struktur i livet sitt?

## **5.2 Struktur i hverdagen**

Det vil være nærliggende å tro at en ung person som er rammet av alvorlig depresjon og har et forstyrret søvnmønster, vil kunne få problemer med å opprettholde strukturen i hverdagen. Dersom en person ikke klarer å se noe lyspunkt i livet sitt samt har et forstyrret søvnmønster, kan det nok være vanskelig å finne meningen i det å gå på skolen eller jobben. Et første hinder til en deprimert pasient kan for eksempel være det å komme seg ut av senga om morgenen. Kanskje kan dette forklares med at når pasientene er alene i senga kan det gi muligheten til at depressive tanker kommer frem. Dette kan en se i tråd med Gunderson (1978) sin beskrivelse av strukturens hensikt, som er å knytte forbindelseslinjer mellom pasienten og hans omgivelser slik at han får et sterkere grep til virkeligheten. På bakgrunn av dette blir det svært viktig for sykepleiere å få pasienten bort fra sine egne eventuelt dystre tanker. Som Vatne og Hoem (2008) sier i sin studie ser en at det kan være viktig for sykepleiere å kunne sette seg inn i pasientens tanker og synspunkt. På denne måten kan en hjelpe pasienten med å finne meninger i hverdagen, og etterhvert få tilbake en strukturert hverdag. På den andre siden kan

nok dette også være vanskelig for sykepleiere. En kan ha egne meninger og synspunkt basert på egne livserfaringer og personlighet. Det kan ses som naturlig at det bør være viktig å sette dette til side, og at sykepleiere som jobber med depressive pasienter har ferdigheter til å kunne sette seg inn i pasienters situasjon. I studien til Vatne og Hoem (2008) kom det frem at sykepleierne følte de måtte være snille og støttende til alt pasientene sa. Dette kan kanskje komme i konflikt med det å sette seg inn i pasientens situasjon. Det kan være at sykepleieren bør bruke seg selv og sin fornuft til å finne en balanse mellom å være støttende og det å kanskje til og med å si imot pasienten når hun er uenig i hans synspunkt.

Som Gunderson (1978) beskriver kan strukturen være med på å hjelpe pasienter med å tenke over konsekvenser av handlinger og til å utsette handlinger som er frembrakt av ukontrollerte følelser og impulser. Deprimerte pasienter kan for eksempel ha gode grunner til å ikke ønske å stå opp om morgenen. En sykepleiers rolle kan da bestå av å bruke sin personlige fornuft til å kunne snakke med pasienten, og på denne måten hjelpe han til å se konsekvensene av å ikke følge en "normal" struktur. En ser det derfor som naturlig at sykepleiere ser betydningen av å bruke struktur. Gunderson (1978) sier at det er når sykepleier bruker strukturen i samarbeid med pasienten, og at de i felleskap blir enige om hva det er som er gunstig og ugunstig for pasientens sosiale tilpasning at strukturen går over fra å være behandling til å bli terapi. Dette forstås på denne måten at strukturen blir en terapidel av behandlingen.

I en avdeling kan strukturen komme frem på ulike måter. Som Gunderson (1978) beskriver er det ikke bare strukturen rundt pasienten, men også rundt hvordan avdelingen drives. Ulike rolledefinisjoner, ansvarsfordeling, orden og døgnrytme er eksempler på synlig avdelingstruktur. Ungdommene i Farmer (2002) sin studie beskrev som nevnt de symptomene som preget deres hverdag med depresjon. Disse symptomene, kunne som sagt være med å påvirke strukturen i livene deres. Derfor ser en det slik at unge med alvorlig depresjon som trenger behandling i en institusjon, kan trenge struktur som en terapimetode. Basert på praksiserfaringer så en at miljøterapien var formet ut i fra Gunderson (1978) sin teori om miljøvariabler. På bakgrunn av dette ser en miljøterapi som en mulig behandlingsform for unge, deprimerte pasienter.

### **5.3 Miljøterapi for å skape struktur**

En miljøterapeutisk avdeling er en institusjon der pasienter og personalet jobber sammen for å oppnå pasientens bedring. Det legges til rette for et godt miljø ved at de utfører daglige gjøremål og aktiviteter på egenhånd, men også i samarbeid med personalet og andre pasienter. Aanderaa (1997) beskriver hvordan det er fagpersoner som holder strukturen i miljøet. Det er gjennom deres samarbeid med pasientene det for eksempel kan legges til rette for en vanlig døgnrytme. Et første behandlingstiltak på starten av dagen kan for eksempel være å få pasientene til å stå opp om morgenen. Dette er noe som mange av pasientene i studien til Farmer (2002) beskriver at de hadde problemer med i hverdagen utenfor avdelingen. Det er pasientenes behov som styrer behandlingsopplegget og personalet legger på best mulig måte tilrette for pasientene. Som Gunderson (1978) sier burde sykepleier være oppmerksom på at dersom det er for mye struktur rundt pasienten kan dette skjule hvor psykisk syk pasienten er. Dette fordi at en pasient kan fungere godt innenfor en avdelingsstruktur, men derimot ikke være like forberedt på å takle den mindre strukturerte verden som er utenfor avdelingen. Dermed kan den deprimerte pasienten skjule de negative følelsene og delta i den strukturerte avdelingen han er en del av. Når den deprimerte pasienten senere blir skrevet ut, og hverdagen ikke er like strukturert kan de være tilbake der de var ved innleggelsen igjen (Gunderson 1978).

Miljøterapi som behandlingsform krever ofte en liten pasientgruppe, lang behandlingstid og god kompetanse hos personalet (Aanderaa 1997). Dette gjenspeiles i studien til Skorpen m.fl. (2009) som sier at en miljøterapeutisk avdeling er avhengig av en stabil personalgruppe som opprettholder strukturen i miljøet. En kan forstå det slik at pasientene er avhengige av den støttende funksjon som de får gjennom personalet. Når det bygges relasjoner til sykepleierne og andre fagpersoner inne på institusjon, kan dette styrke deres utvikling i behandlingen. Ved en liten pasientgruppe er det mulig for personalet å bli kjent med hver enkelt pasient og kunne tilnærme seg dem gjennom egen personlighet. Dette setter Scanlon (2006) lys på i sin studie som sier at sykepleiernes egne erfaringer, personlighet og bruk av humor kan styrke pasientenes relasjoner til personalet.

Unge depressive pasienter kan ha vanskeligheter med å ta ansvar for seg selv. Ved en miljøterapeutisk avdeling vil dette kunne være mulig på grunn av at de hele tiden blir utfordret til å ta ansvar for egen behandling, men samtidig har de personalet der som en støttende

funksjon. Sykepleier kan for eksempel gi støtte til pasienten gjennom å oppmuntre, gi ros, berolige, komme med forslag og veilede (Gunderson 1978). Under behandling på en slik institusjon kan informasjon og kunnskap om egen behandling være svært viktig for å oppnå et godt resultat. I studien til Lurie m.fl. (2009) understreker de hvordan ungdom ofte har mye kunnskap om egen behandling siden personalet stadig vekk informere dem om deres behandlingsopplegg. Ved en miljøterapeutisk avdeling er det viktig at de unge pasientene har god innsikt i egen sykdom, medikamenter og i behandlingsopplegget, slik at de kan ta ansvar for egen behandling og benytte personalet som en støttedfunksjon. Derfor kan en se det slik at i en miljøterapeutisk avdeling kan tilstedeværelsen av personalet være viktig for at pasientene får den kunnskapen de trenger.

Trygghet under behandling kan bidra til at pasientene letter på sine byrder og styrker sitt indre selvbilde. Å skape trygghet i en gruppe krever en balansegang mellom for lite og for mye av det. Både personalet og pasientene kan være en trygghet for hverandre. En kan se en sammenheng mellom å skape trygghet og det å ha en støttedfunksjon i miljøet (Gunderson 1978). Som i studien til Skorpen m.fl. (2009) følte pasienten seg utrygg da hun ikke fikk en kontaktperson som hun kunne henvende seg til i oppstarten av behandlingen. I miljøterapien handler det mye om å ta ansvar for egen behandling og gjennom å støtte pasientene vil de kunne forsøke og være mer selvstendige. En sykepleier kan for eksempel være støttende ved å gi tilbakemeldinger, oppmuntringer, samt berolige og gi forslag eller stille undrende spørsmål til pasientene. Dette kan hjelpe pasientene til å ta ansvar for seg selv og styrke selvfølelsen sin. Når en pasient tar ansvar for seg selv, klarer en å ta fatt i egen behandling og engasjerer seg i sitt eget liv.

Engasjement kan være en prosess der en oppnår at pasientene deltar aktivt i omgivelsene rundt seg og i miljøet. For eksempel i en miljøterapeutisk avdeling kan det være samlingsstund både om morgenen og som avslutning på dagen. Her kan pasientene uttrykke sine mål for dagen og ved evaluering av dagen kan de fortelle om hvordan dagen har vært og hvordan de har nådd sine mål. Gjennom engasjement blir pasientene også opptatt av hverandres problemer, og personalet blir opptatt av å tolke det som kommer fram gjennom pasientenes kommunikasjonsformer dem imellom (Gunderson 1978). Et slik engasjement oppsto på røykerommet i følge Skorpen m.fl. (2009) der pasientene delte sin opplevelser, ga støtte og tilbakemeldinger til hverandre. Ved disse anledninger kan en få muligheten til å se hver enkelt



av pasientene. Individualisering i behandling vil være viktig for å vise respekt for pasientenes behov. Å se hver enkelt pasient som et individ uavhengig av diagnose, kan være viktig for å få den gode behandlingen. Anerkjennelse er prosessene som bekrefter pasientens individualitet. På denne måten kan pasientene få anledning til å mislykkes, til å oppleve tap og til å operere på grensen av sin yteevne (Gunderson 1978). Dermed kan en se det som viktig at sykepleier bør ha evne til medfølelse, holde ut usikkerhet og tristhet. Gunderson (1978) beskriver at sykepleier også må ha evne til å forstå seg selv, ta signaler i seg selv alvorlig og ha evne til å tåle passivitet i seg selv og andre.

#### **5.4 Å bygge relasjoner**

Det kan være et stort steg å komme til en avdeling og starte med behandling for sin depresjon. I følge Farmer (2002) sin studie er det viktig å føle seg trygg i det terapeutiske miljøet fra starten av. I oppstarten av behandlingen er møte mellom sykepleier og pasient viktig. Det er også viktig at pasienten føler at de blir sett. I studien til Skorpen m.fl. (2009) påpeker pasienten at hun følte behandlingen kom sent i gang og at sykepleierne virket travle. I oppstarten av behandling vil pasientene kanskje være usikre og føle seg utrygge. Derfor kan det være viktig at erfarne sykepleiere utnytter de kunnskapene og ferdighetene de har om depresjon i det første tiden for å fremme trygghet. I følge Travelbee (1999) er det viktig for sykepleiere å være klar over egne tanker, hvordan det første møtet foregår, og hvilke tidligere erfaringer de har i forhold til det første møte? Som sykepleier bør en være klar over egne holdninger og meninger, være tydelig samt undrende i møte med en deprimert pasient. Når en opplever personalet som imøtekommende kan pasienten få en trygghetsfølelse og vil lettere komme inn i det terapeutiske miljøet og bygge opp relasjoner.

Måten en sykepleier møter en deprimert pasient på kan være avgjørende for behandling som skal skje videre på en institusjon. En pasient som lider av en alvorlig depresjon kan være preget av at følelser og tankegangen er endret, og dette kan igjen føre til misforståelser mellom pasient og sykepleier. For å unngå misforståelser, mener Hummelvoll (2010) at sykepleiere må møte pasienten som et medmenneske, og hjelpe pasienten til å identifisere og bearbeide problemene i hans nåværende livssituasjon. Å ha evne til å møte pasienten som et medmenneske, og ikke ha sykdommen i fokus er noe pasientene satte stor pris på i følge Shattell, Starr og Thomas (2007). Travelbee (1999) er i sin teori opptatt av at sykepleie er en

tjeneste som skal gis til personer som ikke er i stand til å mestre sykdom, lidelse eller til de som ikke finner meninger i disse situasjoner. Hvordan sykepleieren går frem for å hjelpe pasienten kan ses på som avgjørende for å danne et terapeutisk forhold. Det at sykepleierne har ferdigheter som for eksempel å være rolig, ærlig og har evne til å sette seg inn i pasientens situasjon kan bidra til et styrket terapeutiske forholdet. Dette er også noe som gjenspeiles i studiene til Shattell, Starr og Thomas (2007) hvor pasientene opplevde det terapeutiske forholdet som sterkere når sykepleieren var tålmodig, brukte god tid, var ærlig og ikke-dømmende. I studien til Shattell, Starr og Thomas (2007) kom det frem at pasientene vektlegger de personlige egenskapene like mye som de faglige kunnskapene hos en sykepleier. Derfor ser en det som viktig at sykepleierne deler erfaringer seg i mellom, men også veileder hverandre slik at kompetansen blir hevet. Dette kan da bidra til at sykepleierne lærer av hverandre, som igjen kan påvirke det terapeutiske forholdet mellom sykepleier og pasient. Som Travelbee (1999) beskriver har hver enkelt sykepleier individuelle egenskaper og de vil derfor finne seg ulike arbeidsmetoder.

For at en sykepleier skal kunne hjelpe en pasient til å forebygge og mestre sin sykdom mener Travelbee (1999) at det må etableres et menneske - til - menneske - forhold. Et slik terapeutisk forhold kan styrkes gjennom å dele opplevelser og erfaringer. Pasientene kan lettere tilnærme seg sykepleierne og fortelle om sin bakgrunn for sykdom, dersom de gir av seg selv og viser sin egen personlighet. Dette vises også ut i fra studien til Scanlon (2006) som sier at et terapeutisk forhold blir styrket når en sykepleier klarer å sette seg inn i pasientens situasjon. På denne måten vil en oppnå kunnskap om pasienten og det kan bli enklere å individualisere behandling etter pasientenes behov. På en annen side kan et terapeutisk forhold være intenst og personlig, og som Vatne og Hoem (2008) beskriver må sykepleier være bevisst på egne grenser og reflektere over sine holdninger. Om det utvikles et menneske - til - menneske - forhold kan en pasient oppnå bedre effekt av behandlingen, dette kan for eksempel skje på grunn av at pasienten opplever tilknytning til personalet. Samt oppnår en støttefunksjon hos de ansatte og får en opplevelse av engasjement rundt sin behandling.

Inne på institusjon har pasientene andre mennesker rundt seg, som også kan være i samme situasjon som dem selv. På denne måten kan pasientene bruke hverandre, samt dele egne erfaringer. Dette gjenspeiles i studien til Shattell, Starr og Thomas (2007) der pasientene opplevde det terapeutiske forholdet som sterkere når pasientene hadde evne til å relatere seg

til hverandre. Medpasienter kan få et godt forhold og være til støtte for hverandre, da de kan dele opplevelser med å være deprimert. Slik som Skorpen m.fl. (2009) beskriver i sin studie, hadde pasientene røykerommet som et fristed der de kunne snakke om sine opplevelser og utveksle erfaringer. På bakgrunn av dette kan en stille spørsmål om pasientene etablerer et terapeutisk forhold seg i mellom?

Kommunikasjon er et hjelpemiddel som kan bidra til å styrke det terapeutiske forholdet. I følge Travelbee (1999) kan kommunikasjon hjelpe pasienter med å mestre sin sykdom og lidelse, men også bidra til bedre opplevelse av pasientens situasjon. Som Vatne og Hoem (2008) beskriver benyttes kommunikasjon til å skape en relasjon mellom sykepleier og pasient, og dermed kan en se det som en viktig del i dannelsen av et terapeutisk forhold. I studien til Shattell, Starr og Thomas (2007) benyttet terapeutene seg av ulike kommunikasjonsteknikker for å styrke det terapeutiske forholdet til pasienten. I følge Travelbee (1999) handler ikke kommunikasjonsteknikker bare om samtalen mellom sykepleierne og pasienten, men også om hvordan sykepleieren opptrer i møte med den syke, altså den non-verbale kommunikasjonen. Slik vi forstår dette handler den non-verbale kommunikasjonen om menneskers utseende, atferd, holdninger og kroppsspråk. Som Travelbee (1999) beskriver så må sykepleiere være oppmerksom på at pasienter kan kommunisere non-verbalt, men også være kjent med sitt eget kroppsspråk og hvordan de selv fremstår. Sykepleierens ferdigheter, som for eksempel å opptre rolig, være en aktiv lytter, og ha evne til å stille åpne og undrende spørsmål, kan påvirke strukturen i samtalen mellom sykepleier og pasient. Som Shattell, Starr og Thomas (2007) beskriver ble det terapeutiske forholdet styrket når sykepleieren hadde evne til å veilede og inkludere pasienten i behandlingen, og ikke bare bestemme hva som var rett og galt. Det kan forstås slik at disse kommunikasjonsteknikkene benyttes for å danne en relasjon med pasienten, samt å finne løsninger i behandlingshverdagen, som igjen kan bidra til en strukturert hverdag.

I studien til Scanlon (2006) kom det fram at sykepleierens egenskaper påvirket forholdet mellom pasienten og sykepleier, dette er også noe som gjenspeiles i studiene til Shattell, Starr og Thomas (2007) der pasientene vektlegger de personlige egenskapene like mye som de faglige kunnskapene hos en sykepleier. Det at sykepleieren møter forberedt i møte med pasienten og opptrer profesjonelt kan påvirke det terapeutiske forholdet i en positiv retning. Om sykepleieren ikke har evne til dette kan det på den andre siden bidra til et dårlig

terapeutisk forhold. Scanlon (2006) beskriver at en god og profesjonell sykepleier bør ha evne til å holde blikkontakt og vise interesse ved å gjenta det pasienten sier. På denne måten kan sykepleieren oppnå en relasjon med pasienten, samt å skape en trygghetsfølelse. I følge Scanlon (2006) skal sykepleiere også være imøtekommende, sitte vis-à-vis pasienten og benytte kroppsspråk som bekreftelse på det pasienten sier, dette kan da bidra til å bygge en sterkere relasjon mellom sykepleier og pasient.

Scanlon (2006) beskriver i sin teori om hvordan en kan benytte humor i dannelsen av et terapeutisk forhold. Ved å benytte humor kan pasienten og sykepleieren komme nærmere hverandre og det kan bli lettere for pasienten å relatere seg til sin behandler. På den andre siden kan det også oppstå misforståelser og pasienten kan føle seg uvel (Scanlon 2006). Som Hummelvoll (2010) beskriver kan det lett oppstå misforståelser mellom den deprimerte og andre mennesker da symptomene kan påvirke den syke. Dermed ser en det som en viktig egenskap at sykepleierne har kunnskaper om symptomene på depresjon, samt om individualisering for å oppnå et godt behandlingsgrunnlag. Dette er også noe som gjenspeiler seg i studien til Scanlon (2006) der sykepleierne benyttet seg av ulike tilnærminger og brukte individualisering for å komme et skritt nærmere et terapeutiske forhold. Hver pasient trenger individuell behandling og hvert sitt opplegg, selv om de kan lide av samme diagnose. Men det tas utgangspunkt i det samme, som å ha et tidspunkt der en står opp, spiser faste måltider, deltar på daglige aktiviteter og behandlingsmøter, altså har en plan for dagen. Dette er noe som kan bidra til struktur i hverdagen, og som kanskje kan føre til at pasientene kan få en bedre hverdagen (Gunderson 1978).

## **5.5 Kritisk vurdering av litteratur, teori og metodiske overveielser**

I innledning har vi valgt å presentere hva depresjon vil innebære for en som lider av denne sykdommen. Presentasjonen har vi basert på Hummelvoll (2010) sin beskrivelse av depresjon. Dette er en primærkilde, det vil si at det er Hummelvoll (2010) selv som har skrevet om depresjon i boken. Dermed er dette en sikker kilde, som vi kjenner til fra vår pensumlitteratur. Polit og Beck (2010) beskriver primærkilder som sikrere med hensyn til detaljer i teksten. Ved denne litteraturstudien har vi også valgt å ta med annen teori fra vårt pensum, og andre forfattere vi har fått kjennskap til gjennom studiet. Disse har vi benyttet som vår teoretiske referanse. Denne delen i innledningen kan være noe teoritung, men vi ser dette som en

relevant introduksjon for oppgaven. Dette gir leserne en mulighet til å få repetert kunnskap rundt vårt tema og dermed får et bedre grunnlag for den videre lesningen. Vi har lagt vekt på miljøterapi som behandlingsform for den deprimerte pasienten. Derfor har vi brukt Aanderaa (1997) sin beskrivelse av hva miljøterapi innebærer. Grunnen til at vi valgte henne er fordi hun bygger sin beskrivelse av miljøterapi på Gunderson (1978) sin teori, og at vi gjenkjenner hennes beskrivelse slik vi også opplevde miljøterapi i praksis. I artikkelen til Gunderson (1978) vektlegger han struktur som et viktig element i miljøterapien, og siden vår hovedessens i oppgaven er struktur for deprimerte pasienter finner vi artikkelen svært relevant for oss. I våre søk etter litteratur ser vi at flere av forskningsartiklene omkring miljøterapi baseres på, eller henviser til Gunderson (1978).

Vi har også valgt å benytte Joyce Travelbees sykepleieteori fra 1999. Hennes teori er noe gammel siden den ble utgitt for første gang i 1966, men ses fortsatt som veldig relevant for dagens sykepleie. Teorien til Travelbee ble benyttet for å belyse sykepleierens ferdigheter og kunnskaper i forhold til de mellommenneskelige aspektene. I denne oppgaven ønsker vi å se på relasjonen mellom sykepleier og pasient, og hvordan dette kan hjelpe en pasient i sin behandling. Denne relasjonen er hovedbudskapet i Travelbees teori, og derfor har vi valgt henne for å få inn det sykepleieteoretiske perspektivet i oppgaven. Hennes teori er det også henvist til i flere forskningsartikler vi har funnet gjennom vårt litteratursøk.

Vi valgte ut seks forskningsartikler som vi mener er relevante for vår problemstilling. I studien kunne vi nok ha benyttet flere artikler for å få et større spekter i oppgaven, samt underbygge våre teoretiske referanser og funn. Flere av forskningsartiklene vi har valgt er kvalitative studier som har benyttet intervjuer, spørreundersøkelser og samtaler for å komme frem til sine resultater. Gjennom disse studiene får vi et godt innblikk i enkeltindividets personlige opplevelse av depresjon. Artiklene vi har valgt å benytte i oppgaven har ulike perspektiv som vi mener er positivt for oppgaven. De kvalitative artiklene bidrar til at vi får vite noe om sykepleiere og pasienter sin personlige opplevelse av det studiene viser. Dette ser vi som styrkende i forhold til vårt tema og problemstilling, da vi får frem flere sider på problemstillingen.

Vi vurderer alle våre valgte forskningsartikler som overførbare til det norske helsevesenet, som for eksempel studien av Skorpen m.fl. (2009) og Vatne og Hoem (2008), som begge er kvalitative studier som har blitt utført i Norge. Med dette som utgangspunkt ser vi på disse studiene som overførbare til andre institusjoner og relevante for norske sykepleiere. I flere av studiene har de kun benyttet primærkilder, men i artikkelen av Shattell, Starr og Thomas (2007) blir det benyttet sekundærkilder der de har gjort en reanalyse av tidligere studier ved hjelp av en systematisk metode (Polit og Beck 2010). Derfor har vi måttet vurdere primærkilden til reanalysen, for å se om den var pålitelig. Lurie m.fl. (2009) er en kvantitativ studie og vi har vurdert deres data og resultater, og ser dette som troverdig i samsvar med deres begrunnelse og annen litteratur.

Å søke etter tidligere forskning og finne relevante artikler er en stor del av litteraturstudiet, og dette har vi brukt mye tid på. Vi ser at artikkelsøk krever mye erfaring for å finne gode søkeord og utnytte søkemotorene på best mulig måte. Derfor har vi benyttet oss av veiledning fra bibliotekarene som har mye kunnskap om dette. Som anbefalt av Polit og Beck (2010) satte vi opp inklusjons - og eksklusjonskriterier som gjorde oss bevisste på hva vi skulle se etter ved valg av forskningsartikler. Et litteraturstudie er en så omfattende studie, og på grunn av bacheloroppgaven sitt oppsett var også kriteriene til hjelp for å holde oss innenfor høgskolens retningslinjer i forhold til oppgaven. Alle våre artikler følger IMRAD- strukturen noe som gjør det lettere for oss å få oversikt over innholdet. Artikkelen har vi valgt å presentere i en søkematrise, noe som vil gjøre det lettere for leseren og få en bedre oversikt. I diskusjonsdelen har vi tatt utgangspunkt i de seks forskningsartikkelen som vi har analysert og presentert i metode- og resultatdelen. Vi har også benyttet annen relevant litteratur som Hummelvoll (2010), Travelbee (1999) og Gundersons miljøvariabler (1978) og diskutert dette opp i mot egne praksiserfaringer, noe som ikke kommer så tydelig frem i oppgaven.

## 6.0 Konklusjon

*“Unge pasienter med depresjon og deres behov for en strukturert hverdag. Hvilke kunnskaper og ferdigheter bør sykepleier ha for å bidra til dette?”*

Gjennom diskusjonsdelen ser en at unge som lider av en alvorlig depresjon og har symptomer som tretthet, forstyrret søvnmønster, lav konsentrasjon over tid, tap av livsglede og interesser, lav selvfølelse og skyldfølelse kan få vanskeligheter med å opprettholde strukturen i hverdagen. Det kommer også frem hvordan symptomene ved depresjon kan utløse og forsterke hverandre. På bakgrunn av diskusjonen ser en hvilke konsekvenser en alvorlig depresjon vil kunne gi unge mennesker som er i starten av sitt liv. Sammen med de resultatene som er brukt i oppgaven kan en vurdere det slik at det vil være et stort behov for struktur i hverdagen, men også i behandlingen til unge pasienter med alvorlig depresjon.

Det at unge pasienter har behov for en strukturert hverdag kan gi sykepleiere en utfordring: Hvilke kunnskaper og ferdigheter trenger de for å hjelpe en pasient med depresjon med å få en strukturert hverdag? Ut i fra diskusjonsdelen kommer det frem flere eksempler som sier noe om dette. Siden de depressive pasientene ikke er en homogen gruppe ser en at det kan være vanskelig å konkludere med konkrete kunnskaper og ferdigheter som sykepleier trenger i møte med disse. Likevel ser en gjennom drøftingen at en sykepleier må ha evne til å møte ulike pasientgrupper som medmennesker, uavhengig av psykiske lidelse og sykdom. Selv om en sykepleier møter flere pasienter som er deprimerte, er alle forskjellige og vil ha ulike behov for behandling. Det vil være både likheter og ulikheter hos pasientene, men behovet for struktur vil nok være der.

For at en sykepleier skal kunne møte en deprimert pasient på en god måte ser en at det er viktig med kunnskap om depresjon som lidelse, forløp, symptomer og behandling. Selv om det er individuelle forskjeller må sykepleier ha kunnskap om dette, og dermed kunne forstå ulike reaksjonsmønstre hos pasienten. Det kan tenkes at erfarne sykepleiere som har møtt ulike pasienter med depresjon har en fordel av dette, og kan bruke erfaringen sin i sykepleieutøvelsen. Derfor ser en at en nyutdannet sykepleier, uten denne erfaringen har et større behov for å opparbeide seg kunnskap på forhånd av møte med pasientene. På denne måten kan de forstå ulike reaksjonsmønstre hos pasientene og kan være forberedt på ulike situasjoner som kan oppstå.

Når en sykepleier bruker sine kunnskaper om depresjon, vil det kunne hjelpe dem til å se hver enkelt pasient, og individualisering kan falle seg naturlig. Ut i fra drøftingen ser en at individualisering kan føre til et godt tilrettelagt behandlingsopplegg, siden pasienten på denne måten føler seg inkludert og kan bidra med sine egne ressurser. Den kunnskapen som sykepleiere fører videre til pasientene kan gjøre at pasientene deltar i egen behandling, noe som styrker deres selvfølelse og selvtillit.

Gjennom miljøterapeutisk behandling ser en at strukturen blir en terapidel av behandlingen. Gundersons miljøvariabler danner et grunnlag for miljøterapien. En kan se det som at trygghet, støtte, engasjement og anerkjennelse er alle viktige ledd sammen med struktur. En sykepleier må derfor ha kunnskaper og ferdigheter for å opprettholde alle disse leddene, og en kan se at alle miljøvariablene er avhengig av hverandre. Dermed kan en konkludere med at ved fravær av et av variablene blir det vanskelig for sykepleier og oppnå struktur i miljøet.

Ferdigheter en sykepleier bør ha relateres til personlige egenskaper, som kan være at hun har evne til å benytte kommunikasjonsteknikker. Gjennom god kommunikasjon bygges relasjoner mellom pasient og sykepleier, som igjen vil skape et godt samarbeid i behandlingen. Sykepleiere bør ha egne grenser i møte med pasienten for å ta vare på seg selv, samt å opprettholde et profesjonelt forhold. Som Travelbee (1999) uttrykker bør sykepleier bidra til at mennesker skal kunne mestre sin sykdom. For at en skal kunne hjelpe pasienten til å oppnå dette, vil det være viktig for sykepleier å kunne danne en relasjon med pasienten. I denne studien kan en se at sykepleier må ha de nevnte kunnskapene og ferdighetene i møte med alle pasienter som har behov for sykepleie.



## 7.0 Litteraturliste

Aanderaa, i. (1997) *Pasienten og sykepleieren- et gjensidig påvirkningsforhold*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Farmer, T. J. (2002) THE EXPERIENCE OF MAJOR DEPRESSION: ADOLESCENTS' PERSPECTIVES. I: *Issues in mental health nursing*, 23(6), s. 567-585.

Folkehelseinstituttet (2008) *Forebygging av depresjon*. [online]. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. URL: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_6496&Main\\_6157=6263:0:25,5767&MainContent\\_6263=6496:0:25,5772&Content\\_6496=6178:67462:25,5772:0:6562:18:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,5767&MainContent_6263=6496:0:25,5772&Content_6496=6178:67462:25,5772:0:6562:18:::0:0) (03.04).

Gunderson, J. G. (1978) Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. I: *Psychiatry*, 41(4), s. 327.

HIG (2011) *Forskningsområde klinisk sykepleie*. [online]. Gjøvik. URL: <http://hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (05.03).

Hummelvoll, J. K. (2010) *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lurie, I. mfl. (2009) Understanding and Knowledge of Psychiatric Treatment Among Adolescents and Adults. I: *Clinical child psychology and psychiatry*, 14(4), s. 589-594.

Nortvedt, M. W. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

NSD (2012) *Publiseringskanaler*. [online]. Bergen: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste URL: <http://dbh.nsd.uib.no/dokumentasjon/> (01.01).

Polit, D. F. og C. T. Beck (2010) *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Scanlon, A. (2006) Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study. I: *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13(3), s. 319-329.

Shattell, M. M., S. S. Starr og S. P. Thomas (2007) 'Take my hand, help me out': Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. I: *International journal of mental health nursing*, 16(4), s. 274-284.

Skorpen, A. mfl. (2009) Treatment regimes in a psychiatric hospital and apparent contradictions: Report from field work in a lock-up ward illustrated with a constructed case. I: *International journal of mental health nursing*, 18(6), s. 409-416.

Skårderud, F. mfl. (2010) *Psykiatriboken: sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Sykepleiernes Samarbeid i Norden (2003) Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. I: *VARD I NORDEN*, 23(4), s. 3-3.

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

Vatne, S. og E. Hoem (2008) Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care. I: *Journal of advanced nursing*, 61(6), s. 690-698.

WHO (2012) *Depression is a common illness and people suffering from depression need support and treatment* [online] World Health Organization URL: [http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental\\_health\\_day\\_20121009/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/en/) (05.04).

**Vedlegg 1**  
**Søkematriser**  
**Søk i: Ovid Nursing Database**

<b>Søkedato</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Kombinasjoner</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Leste abstrakts</b>	<b>Leste artikler</b>	<b>Valgte</b>
08.04.2013	1 Nursing knowledge		1998			
	2 Adolescent psychiatry		380			
	3	1 AND 2	2	2	2	0
	4 Depression		11052			
	5	1 AND 4	26			
	6 Inpatients		10573			
	7	1 AND 6	0			
	8	2 AND 4	21	6	0	0
	9 Health knowlegde		17250			
	10	2 AND 9	6	6	0	0

**Søk i: PsychInfo**

<b>Søkedato</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Kombinasjoner</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Leste abstrakts</b>	<b>Leste artikler</b>	<b>Valgte</b>
04.08.2013	1 Nursing knowledge		0			
	2 Adolescent psychiatry		2527			
	3	1 AND 2	0			
	4 Depression		4094			
	5	1 AND 4	0			
	6 Inpatients		0			
	7	1 AND 6	0			
	8	2 AND 4	3	3	1	0
	9 Health knowlegde		3396			
	10	2 AND 9	1	1	1	1

**Søk i: Cinahl**

Søkedato	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakts	Leste artikler	Valgte
	Therapeutic milieu <i>and</i> communication <i>and</i> mental health		1	1	1	1
10.04.13	1 Therapeutic relationship		967			
	2 Mental illness	1 AND 2 + avgrenset søk: 2002-2013 + Fulltekst	15	2	2	1

**Søk i: PubMed**

Søkedato	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakts	Leste artikler	Valgte
18.03.2013	Disorder <i>and</i> institution <i>and</i> communication <i>and</i> milieu therapy <i>and</i> nursing care.		2	1	1	1
	Major depression and adolescence and experience		32	4	2	1

**Søk i: Academic Search Elite**

<b>Søkedato</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Kombinasjoner</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Leste abstrakts</b>	<b>Leste Artikler</b>	<b>Valgte</b>
06.04.13	1 Nurse patient relationship		6636			
	2 Therapeutic		458100			
	3	1 AND 2	416			
	4 Skills		263196			
	5	3 AND 4	71			
	6 Psychiatric		144375			
	7	5 AND 6	23	2	0	0
	8 Nursing service		7136			
	9	7 AND 8	2	2	2	1

## Vedlegg 2

### PICO-skjema

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>	
Hvem vil vi vite noe mer om? Pasienter/grupper/mennesker	Hvilke tiltak intervensjoner, behandling ønsker vi å vite noe om?	Skal det tiltaket som ble satt opp "I" sammenlignes med et annet tiltak?	Hvilket utfall, effekt, erfaring, opplevelse, endepunkt er vi interessert i?	↑
Unge pasienter med depresjon	Kunnskaper og ferdigheter sykepleier skal ha i møte med pasientene.	Miljøbehandling	En strukturert hverdag	O R ↓
← AND →				