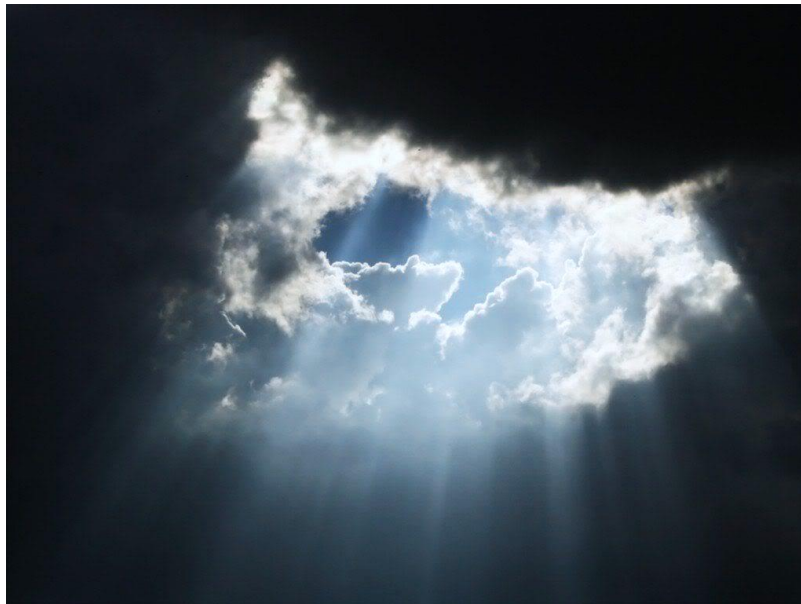


Bacheloroppgåve i sjukepleie

Eit lite lys i mørket

A little light in the darkness



(XPMissions.com, 2015)

Kandidatnr: 704

Kull: 2013

Antall ord: 10948

Innleveringsdato: 17.03.16

Publiseringsavtale

bacheloroppgave Haraldsplass diakonale høgskole

Tittel på norsk: Eit lite lys i mørket

Tittel på engelsk: A little light in the darkness

Kandidatnummer: 704

Forfatter(e): Therese Eikeland

Årstall: 2016

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage Haraldsplass med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Haraldsplass diakonale høgskolen en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja
nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

ja
nei

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja
nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

ja
nei

Samandrag:

Denne oppgåva tek for seg på kva måte sjukepleiaren kan bruke kommunikasjon i møtet med den deprimerte pasienten. Sjukepleiaren sitt mål for kommunikasjonen skal vere å hjelpe pasienten til å skape mening i kvardagen. Dette temaet blei valt med tanke på egne erfaringar frå praksis og frå arbeidslivet. Etter kvart i studiet er det også komme fram at dette er eit stort tema innanfor sjukeheimsarenaen. Heile 32 % av pasientane på sjukeheim slit med udiagnostisert og ubehandla depresjon (Dragseth mfl., 2012, s. 872). Problemformuleringa mi er: *På kva måte kan sjukepleiar bruke kommunikasjon for å skape mening i kvardagen til den deprimerte pasient på sjukeheim?*

Litteraturstudiet er basert på humanvitskap og er av hermenautisk karakter. Eg har trekt inn erfaringsbasert kunnskap, faglitteratur, pensum, samt kvantitativ og kvalitativ forskning. Eg har brukt både primær- og sekundærkjelder for å belyse tematikken. Som sjukepleiarteoretikar brukte eg Kari Martinsen og hennar filosofiske tankar om sjukepleie, omsorg, relasjon og kommunikasjon. I oppgåva presenterast utvald teori knytt til depresjon, alderdom og funksjonssvikt. Oppgåva belyser betydinga av relasjon mellom pleiar og pasient, og på kva måte dette kjem innunder kommunikasjon og mening. I tillegg tek oppgåva for seg kva sjukepleiar kan gjere for å møte denne pasientgruppa.

I drøftingsdelen laga eg eit case som blei brukt for å trekkje kommunikasjon inn i ein reell situasjon. Det viser seg at sjølve relasjonen mellom sjukepleiar og pasient er av stor betyding. Relasjonen blir skapt gjennom kommunikasjon der tillit er nøkkelen. Elles er det viktig at sjukepleiaren har gode kommunikasjonsferdigheitar. Blant anna ligg gode haldningar og empati til grunne for slike ferdigheitar. Å vere der for pasienten gjennom aktiv lytting er viktig for at pasienten skal kunne klare å skape ein kvardag med eit innhald av mening.

Nøkkelord: «Kommunikasjon», «sykepleier», «forhold», «depresjon», «funksjonshemming», «meningsfulle», «sykehjem», «eldre»

Abstract:

This thesis discusses the way in which the nurse can use communication in the encounter with a depressed patient. The nurses' target is to use communication to help the patient create a meaningful livelihood. This topic was selected based on my own experience from practice and from the workplace. After some time into the studies it was brought to my attention that this is a subject of much discussion in the everyday life of nurses. About 32% of patients in nursing home are struggling with untreated and undiagnosed depression (Dragseth et.al., 2012, p. 872). My issue of this thesis is: *In what way can a nurse use communication to create a meaningful day for a depressed patient in a nursing home?*

The literature study is based on human science and is of a hermeneutic character. I have used empirical knowledge, specialist literature, curriculum, as well as quantitative and qualitative research. I have used both primary and secondary sources in order to shed light on the subject. I used nurse theorist Kari Martinsen and her philosophical thoughts about nursing, care, relationship and communication. The thesis sheds light on the meaning of relationship between the nurse and the patient, and in what way this relates to communication and meaning. In addition, this thesis shows what a nurse can do when meeting with the depressed patients.

In the discussion section, I made a case that was used to pull communication into a real situation. It shows that the relationship between the nurse and the patient is of great significance. The relationship is created through communication where trust is the key. It is also important that the nurse has good communication skills. Empathy and a good attitude is crucial for better communication. To be there for the patient through active listening is of great importance in order for the patient to be able to create an everyday life filled with meaning.

Keywords: «communication», «nursing», «relationship», «depression», «disability», «meaningfulness», «nursing homes», «elderly»

Innholdsliste

1.0 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	1
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	2
1.3 Avgrensing og utdjuping	2
1.4 Sjukepleiefaglig relevans.....	4
2.0 Metodebeskrivelse	5
2.1 Metodisk tilnærming.....	5
2.2 Kjelde- og metodekritikk.....	6
2.3 Ethiske retningslinjer for oppgåveskriving.....	7
3.0 Litteraturgjennomgang	8
3.1 Depresjon og eldre.....	8
3.2 Funksjonssvikt	10
3.3 Sjukepleie til den deprimerte pasienten.....	11
3.4 Kommunikasjon i møte med den eldre deprimerte pasienten	12
3.5 Kva er meining sett i samanheng med den eldre	15
3.6 Kari Martinsen om omsorg og kommunikasjon	16
4.0 Drøftingen	18
4.1 Presentasjon av case	18
4.2 Å skape relasjon, det første steg i kommunikasjonen	19
4.3 Å samtale for å skape meining	21
4.4 Utfordringar i kommunikasjonen	25
5.0 Konklusjon	26
6.0 Litteraturliste	27

1.0 Innleiing

Eit av mine ynskje i denne oppgåva er å gå djupare inn i temaet om relasjonen mellom pleiar og pasient. På kva måte pleiar kan bruke kommunikasjon for å gjere kvardagen best mogeleg for pasienten med depresjon.

Som eit undertema, som ikkje kjem til å bli diskutert her, ynskjer eg også å sette spørsmålsteikn ved det systemet me har på norske sjukeheimar i dag. Med bakgrunn i litteraturen eg har brukt i denne oppgåva, er depresjon blant eldre på sjukeheim eit tema som absolutt treng merksemd frå helsevesenet. Dette er også noko eg sjølv har erfart gjennom praksis.

1.1 Bakgrunn for val av tema

I val av tema for denne oppgåva har det vore viktig for meg å finne noko som er aktuelt og noko som er av interesse for meg. Med bakgrunn i min eigen praksis fann eg fram til eit tema som eg har reflektert mykje over. Dette temaet har også gitt meg mykje frustrasjon i forhold til måten helsepersonell møter denne problemstillinga på. Etter mi erfaring er det altfor lite merksemd på dette tema frå både legar og øvrige helsepersonell. Forsking viser nemlig at heile 32 % av pasientane slit med udiagnostisert og ubehandla depresjon på sjukeheimar (Dragseth mfl., 2012, s. 872).

Gjennom praksis, deltidsjobb og sumarjobb har eg møtt mange forskjellige pasientar. Eg har møtt dei med mykje pågangsmot. Samtalen går lett og dei klarar stort sett å fylle dagen med meiningsfulle aktivitetar. Eg har også møtt den pasienten som aldri smiler. Kanskje har denne pasienten alt fått diagnosen depresjon, men det er også mogeleg at det ikkje er tilfellet. Det har vore spesielt tungt å møte denne pasienten, utan livsglød og med eit tomt blikk. Dagen består ofte kun av å få hjelp til det mest nødvendige. Eg har erfart at det er spesielt vanskelig å få kontakt med denne pasienten. Forslag til aktivitet blir fort avvist, kommunikasjonen blir som oftast ein monolog og det meste blir rein rutine. Det set spor når ein treff personar som tilsynelatande ikkje lenger vil leve. Val av tema er gjort med bakgrunn i mitt ynskje om å skape ein god relasjon til pasienten. Eg ynskjer å møte denne gruppa med kommunikasjon som kan framkalle ein følelse av mening for den deprimerte.

Kven er så denne pasienten? Det kan vere kven som helst. Mi personlige erfaring er at høg grad av funksjonssvikt ofte heng saman med utviklinga av depresjon. Det er ofte denne kombinasjonen eg har møtt, og som har vore vanskelig å handtere. Dette kan eg også funne

igjen i litteraturen. Nedsett kroppsleg funksjon kan gi psykiske plager som depresjon (Helbostad, 2008, s. 290). Saman med funksjonssvikt kjem blant anna isolasjon frå det sosiale, ein auka følelse av å vere hjelpelaus og nedsett tiltakslyst (Helbostad, 2008, s. 290). Helbostad (2008, s. 290) fortel vidare at dette vil gi ein negativ funksjonsspiral der pasienten vil hamne i eit dragsug som vil føre til ytterligere funksjonssvikt og depresjon.

I denne oppgåva vil dette vere mitt fokus. På kva måte kan ein møte denne pasienten med god kommunikasjon slik at han vil finne mening.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Depresjon blant eldre på sjukeheim er eit velkjent fenomen. Dessverre er dette ein tematikk som er lite i fokus her i Norge, men også i resten av verda (Langballe og Evensen, 2011, s. 3). Ei eldrebølge er på veg over Norge og det vil i den forbindelse vere viktig å ha kunnskap om kva denne gruppa treng av helsehjelp (FHI, 2011). Sjukepleiaren som står midt oppe i tematikken må ha god kunnskap om på kva måte ho/han best mogeleg kan nå fram til denne pasientgruppa. På kva måte skal ho/han kunne yte best mogeleg helsehjelp?

På bakgrunn av dette blir mi problemstilling:

På kva måte kan sjukepleiar bruke kommunikasjon for å skape mening i kvardagen til den deprimerte pasient på sjukeheim?

1.3 Avgrensing og utdjuping

I oppgåva vil det vere fokus på den deprimerte pasienten som ein møter på sjukeheimen. Eg har valt å avgrense mi oppgåve til kun å omhandle pasientar med kroppsleg funksjonssvikt. Dette på grunn av at eg personlig føler det er ei utfordrande gruppe. Det kan vere vanskelig å sette seg inn i deira situasjon og erfaringsmessig har dei også ofte andre komplekse diagnoser.

I litteratursøket fann eg mykje om depresjon i forhold til kognitiv svikt, som til dømes demens. Ut i frå mi problemstilling ynskjer eg ikkje å ta stilling til demente pasientar. Dette på grunn av kompleksiteten mellom depresjon og demens i forhold til kommunikasjon. Det vil krevje langt meir av pleiaren å kommunisere med denne gruppa. Til dømes har ein eigne måtar å kommunisere med demente på. I teoridelen vil eg nemne vanlige grunnar til depresjon blant eldre.

Her i denne oppgåva vil kroppsleg funksjonssvikt tyde nedsett bevegelsesfunksjon hos eldre på grunn av normale aldringsprosessar og/eller sjukdom (Helbostad, 2008, s. 287).

Primærsjukdom vil ikkje bli tatt omsyn til i teksten. Med funksjonssvikt meiner eg personar

som er sengeliggjande, rullestolbrukarar og andre som treng hjelp til det meste av ADL (Activities of Daily Living). ADL betyr alle dei gjeremåla som ein utførar i kvardagen og omhandlar personlig stell, arbeid, psykososial aktivitet og andre fritidsaktivitetar (Skaug, 2011, s. 280).

Pasienten bur på ei langtidsavdeling på sjukeheim. Slike avdelingar er berekna på eldre som er fysisk sjuke og skrøpelige (Hauge, 2011, s. 224). Her har pasienten eit heildøgntilbod (Hauge, 2011, s.224). «Pasienten» er over 80 år. Dette på grunn av mitt fokus på funksjonssvikt, der den største gruppa er over 80 år (Binder, 2006, s. 6). Definisjonen på «pasient» er tatt frå Joyce Travelbee: «et individ som er under pleie og behandling av lege eller andre helsearbeidere» (2001, s. 61).

Det finnest mange typar for depresjon. Til dømes har ein mild-, moderat-, og alvorlig depresjon (Hummelvoll, 2012, s. 199). Eg ynsker i mi oppgåve å sjå meir heilheitleg på diagnosen. Eg vil kun gå innpå nokon av dei forskjellige depresjonsformene i min gjennomgang av depresjon i teorikapittelet. Eg ynskjer ikkje gjennom oppgåva å utelukke viktigheita av behandling av depresjon, men ynskjer heller å ha fokus på det eg som sjukepleiar kan gjere for denne pasientgruppa. Eg har då lagt vekt på kommunikasjon i møtet med pasienten.

Eg vil bruke eit case for å kunne visualisere dei aktuelle tilnærmingane. Der vil eg presentere «Nina» eller «sjukepleiar» og «fru Nilsen» eller «pasient». Eg ynsker å bruke «pasient» som omgrep på grunn av at eg har valt sjukeheim som arena i problemformuleringa.

Joyce Travelbee kjem med ein definisjon på meining:

«Meining er den grunnen eller årsaken den enkelte tilskriver de enkelte erfaringer og opplevelser i livet.... Mening oppstår i individet, ikke i den situasjonen individet befinner seg i» (2001, s. 225-226).

Eg fann ulike delar av kommunikasjon som viktig for å finne meining. Det eg fant som mest relevant var blant anna det viktige med relasjonen, det å skape rom for samtale og at sjukepleiaren måtte vise forståing for pasienten sin situasjon. Eg vil trekkje inn Kari Martinsen og hennar sjukepleiarteori og tankar om samtalen og relasjonen. Sidan mitt fokus vil omhandle kommunikasjon, vil eg ikkje gå inn på kartlegging og førebygging av depresjon. Vidare er det pasienten eg vil ha i sentrum. Pårørande er ein stor ressurs i arbeidet med den sjuke. I oppgåva vil eg kun trekkje dei inn når det kjem til innhenting av livshistoria til pasienten.

1.4 Sjukepleiefaglig relevans

Sjukepleiarane på sjukeheimane har ansvar for å fange opp pasienten sine problem og rapportere dei til legen. Eg vil hevde at sjukepleiaren har hovudansvaret for pasientane på sjukeheimen. Som sjukepleiar kan ein møte den deprimerte pasienten på jobb kvar dag. Denne gruppa av pasientar vil ha eit stort behov for helsehjelp og i dette arbeidet er sjukepleiaren svært sentral.

Som ein del av pensum i bachelorutdanninga for sjukepleiarar er temaet kommunikasjon sentralt. Fleire av pensumbøkene (i pensumlistene til Haraldsplass Diakonale Høgskule) omhandlar nettopp kommunikasjon og på kva måte ein skal møte pasienten for å skape meining i kvardagen (Haraldsplass diakonale høgskole, 2015). I fagplanen for bachelorutdanninga i sjukepleien står det mellom anna at etter fullført studie skal studenten ha ferdigheter som går på å kunne anvende ulike kommunikasjonsferdigheitar (Haraldsplass diakonale høgskole, 2015). Studenten skal også kunne møte pasienten med innleving og omsorg (Haraldsplass diakonale høgskole, 2015). Dette inneber at studenten må ha kunnskap om kommunikasjon. Kommunikasjon er og vil alltid vere ein stor del av jobben som sjukepleiar.

2.0 Metodebeskrivelse

Med metode meinast den framgangsmåten ein brukar for å finne relevant faglitteratur i henhold til problemstillinga i oppgåva (Dalland, 2007, s. 83). På bakgrunn av dette ynskjer eg i dette kapittelet å gå inn på metodane eg brukte for å komme fram til denne litteraturen. Eg vil også gå inn på kva eg måtte ta omsyn til når eg skulle anvende faglitteratur.

2.1 Metodisk tilnærming

Oppgåva er eit litteraturstudium. Ved å bruke denne metoden fann eg litteratur frå fleire forfatar. På den måten vil eg få fleire synspunkt rundt temaet mitt. Eg har nytta forskning-, teoretisk- og erfaringsbasert kunnskap. Eg har nytta faglitteratur, forskningslitteratur og oppsummert litteraturstudium for å finne teori. For å få kunnskap om Kari Martinsen sine tankar om samtale har eg nytta meg av hennar bøker og tekstar. For å finne litteratur har eg henvendt meg til pensumlitteraturen, biblioteket på Haraldsplass diakonale høgskole, biblioteket for medisinske fag på HUS og ulike databasar.

For å gjennomføre eit litteraturstudium er det vesentlig at eg har tileigna meg grunnleggjande kunnskap om på kva måte ein søker i dei ulike søkedatabasane. Eg byrja med å finne aktuelle søkjeord på engelsk. I SveMed+ fann eg: *communication, nursing, relationship, depression, disability, meaning, nursing homes, elderly*. Utvalet av omgrep er tekne frå problemstillinga. Vidare brukte eg dei engelske omgrepa i mitt søk etter relevante artiklar. Databasane fann eg på helsebiblioteket sine nettsider. Eg valde CINAHL, SveMed + og PubMed. Eg brukte CINAHL på grunn av databasens sjukepleiartematiske vektlegging og PubMed brukte eg på grunn av databasens behaldning av fulltekstar. Det har vore viktig å nytte mest mogelig primærlitteratur. Svært mange av primærkjeldene fann eg via sekundærkjeldene si referanseliste. I utgangspunktet har eg tatt omsyn til at artiklane bør vere fagfelleverdert. Dette for å sikre best mogeleg faglig grunnlag. Gjennom mine søk fann eg fleire artiklar både på norsk og engelsk.

Mitt fokus vil ligge på den humanvitskaplege tradisjonen. Denne retninga kjenneteiknast ved at ein går fortolkande tilverks for å finne kunnskap om mennesket (Thisted, 2010, s. 48). Ein søker å skape ein forståing av menneskets livsverd (Thisted, 2010, s. 48). Sidan ein ynskjer å gå inn med ein fortolkande haldning, er denne tradisjonen også hermenautisk (Thisted, 2010, s. 48). Sjølv ordet hermenautikk kjem frå gresk og tydar å *tolke* (Thisted, 2010, s. 48). Mitt fokus er på mennesket og korleis mennesket kan bli møtt med kommunikasjon for å hjelpe dette individet med å sjå meininga i kvardagen. Altså vil mitt studie bere preg av den

hermenautiske, humanvitskaplege tradisjon. I oppgåva vil eg gå inn på depresjon som diagnose og nokre ulike årsakar. Derfor vil eg bevege meg inn på den naturvitskaplege tradisjon som har fokus på den fysiske kroppen og sjukdommen (Dalland, 2012, s. 51).

2.2 Kjelde- og metodekritikk

Gjennom heile oppgåva har det vore viktig å kontrollere artikkelane med tanke på kven forfattaren er, dato, relevans og om det er ei primær- eller sekundærkjelde (Dalland, 2007, s. 72). Anerkjent og fagfelleverdert litteratur blei prioritert framfor artiklar med tvilsam faktainnsamling, til dømes artiklar som ikkje refererte til kvar informasjonen var henta frå. Pensum blei av meg sett på som trygt å bruke som kjelde. Dette med tanke på at det er bøker og artiklar som er valt med omhu i eit bachelorstudie. Mykje av pensumet er sekundærkjelder, noko som er viktig å vere oppmerksom på. Det vil då dreie seg om fortolking av primærkjelda. Derfor har eg nytta meg av primærkjelder der det er mogeleg.

Eg valde sjukepleieteoretikar Kari Martinsen. Dette med tanke på hennar filosofiske tilnærming til samtale, omsorg og relasjon. Hennar vektlegging på samtalen gir hennar tankar relevant for mitt tema. Ein utfordring for meg har vore hennar filosofiske tankegang, og å få overføre dette til praksis.

Det viste seg at informasjonsmengda var enorm når det kom til litteratur om depresjon hos eldre. Det vart eit stort problem å sortere ut det viktigaste. Eg måtte sjå på gyldigheit og relevans for oppgåva for å kunne ekskludere stoff. Det har til dømes ikkje mangla på forskingsartiklar som viste andelen av deprimerte på sjukeheimane. Eg har prøvd å finne forskning av nyare dato for å få så relevant materiale som mogeleg. Derimot var mange av studiane som eg fann av eldre dato. Eit studie som omhandla andelen deprimerte i Norge var frå 1995-2001 (Rosenvinge og Rosenvinge, 2003). Studiet var stort og av relevans for meg, men blei valt vekk på grunn av eldre dato.

Mykje av forskinga eg fann var basert på tall og statestikkar, altså kvantitative studiar. Den type forskning var spesielt viktig for å finne ut kor stort problemet med depresjon på sjukeheim er. Kvantitativ forskning viser hovudtendensar og gir, på grunn av bruk av statestikk, mogeligheit for å utføre store forskingsprosjekt. I oppgåva mi har eg også brukt kvalitative undersøkingar. Til dømes om sjukepleie og kommunikasjon i møtet med den deprimerte på sjukeheim. Kvalitativ forskning er gunstig for å få fram subjektive meiningar, tankar og opplevingar (Dalland, 2007, s. 84). For å skape flyt i oppgåva har eg valt å presentere forskingsartikkelane undervegs i litteraturgjennomgangen.

I mi utgreiing av kva depresjon er, valde eg å bruke Norsk Helseinformatikk som kjelde. Eg fann deira stoff som valid på grunn av deira bakgrunn frå allmennpraksis, NTNU, St. Olavs Hospital i Trondheim og Sintef (Norges Helseinformatikk, 2015). Norges Helseinformatikk hevdar vidare at ingen av dei tilsette har bindingar i industrien, noko som kan påverke deira innhald i faglitteraturen (Norges Helseinformatikk, 2015). I staben har dei journalistar, forskarar, legar m.m.

2.3 Etiske retningslinjer for oppgåveskriving

Dei etiske retningslinjene for oppgåveskriving er blitt følgt gjennom oppgåva. For å unngå plagiat har eg referert i både tekst og i litteraturlista. Eg har nytta Harvard som referansestil. Caset er inspirert av opplevingar i praksis og er omformulert. Dette for å verne om taushetsplikta i henhald til Helsepersonellova (1999, § 21).

3.0 Litteraturgjennomgang

I dette kapittelet skal eg gå nærmare inn på faktagrunnlaget som eg fann i litteraturen. Eg vil ta for meg teoriar om depresjon og funksjonssvikt. Ved bruk av faglitteratur om sjukepleiar-teoriar vil eg belyse kva tilnærming sjukepleiarane har til denne pasientgruppa. Deretter vil eg sjå nærmare på fenomenet kommunikasjon. Eg vil her trekkje inn Kari Martinsen og hennar meining om forholdet mellom sjukepleiar, pasient og samtale. Mitt fokus har også omhandla meining. Eg vil gå inn på kva sjukepleiaren kan gjere for å fremje meining hos pasienten.

3.1 Depresjon og eldre

Ordet depresjon kjem frå latin og tydar «nedtrykking» (Hummelvoll, 2012, s. 193). Norsk helseinformatikk (2013) gir ein definisjon av den psykiske sjukdommen depresjon. Dei fortel at ein skal ha hatt ulike symptom i minst 2 veker, og anna sjukdom og rusmissbruk skal ikkje vere underliggjande (Norsk helseinformatikk, 2013). Du skal ha minst to av dei følgjande hovudsymptoma: *nedsett stemningsleie, interesselausheit og nedsett energi og trøttleik* (Norsk helseinformatikk, 2013). For å kunne rangere grad av depresjon har ein også andre symptom: *nedsett appetitt, søvnlausheit, redusert konsentrasjon, nedsett sjølvbilete og sjølvtilitt, sjølv mordstankar, pessimisme for framtida og mindreverdige følelse* (Norsk helseinformatikk, 2013).

Ein skil mellom mild, moderat og alvorlig depresjon (Norsk helseinformatikk, 2013). Med mild depresjon kan ein fungere greitt nok til å klare seg i dagliglivet (Norsk helseinformatikk, 2013). Her er pasienten kun prega av hovudsymptoma (Norsk helseinformatikk, 2013). Ved moderat depresjon har ein minst to av hovudsymptoma og nokre av dei andre symptom som til dømes nedsett apetitt og søvnlausheit (Norsk helseinformatikk, 2013). Ved alvorlig depresjon har pasienten alle dei tre hovudsymptoma i tillegg til minst seks av dei andre symptom. Dette er ikkje aldersbetinga og er ein generell gjennomgang av kva depresjon er.

Ellen M. Langballe og Miriam Evensen har laga ein rapport for Norges Nasjonale Helseinstitutt (2011). Den viser at problematikken med depresjon og aldring er høgst reell (Langballe og Evensen, 2011, s. 6). Deira oversiktsartikkel gjeld i hovudsak eldre generelt, uavhengig av sjukeheims plass eller heimeverande. Deira rapport viser at det er dei gamle eldre som er mest belasta med depresjon (Langballe og Evensen, 2011, s. 6). Dei referer til studiar som viser ein høg andel av depresjon blant eldre i institusjon (Langballe og Evensen, 2011, s. 6). Høg alder er ofte prega av eit komplisert sjukdomsbilete, demens og av kroppslig

funksjonssvikt (Langballe og Evensen, 2011, s. 6). Det er altså ein samanheng mellom alderdom og depresjon i følgje rapporten til Langballe og Evensen (2011, s. 6).

Mange eldre opplever ulike former for tap, sorg og ein kvardag prega av sjukdom og kroppslege plagar som belastande (Dramsdahl, 1998, s. 22). I følgje Dramsdahl (1998, s. 23) heng ofte alderdom og auka sjukelegheit i saman. Ein kan oppleve kroniske, smertefulle og invalidiserande sjukdommar som kan gi store ringverknadar i kvardagen (Dramsdahl, 1998, s. 23). Depresjonsproblematikken er til dømes stor med parkinsonsjukdom og demens (Dramsdahl, 1998, s. 23). Ho kallar årsaken til depresjon blant eldre for *multifaktorielle årsaker* (Dramsdahl, 1998, s. 23). Tap, sorg, medisinske biverknadar, kroppslege plagar og sjukdommar er faktorar som kjem innunder denne kategorien i følgje henne (Dramsdahl, 1998, s. 23). Den eldre pasienten bruker ofte mykje medikament (Engedal og Bjørkløf, 2014, s. 47). Sjukepleiar må alltid ha i bakhovudet at enkelte typar medisin kan ha ugunstig effekt med tanke på depressive symptom (Engedal og Bjørkløf, 2014, s. 47).

Eldre opplever tap på fleire plan. Tap av kroppslege funksjonar og tap av familie og venner. Mange som kjem på sjukeheim opplever også tap av identitet og eigenomsorg (Dramsdahl, 1998, s. 23). I følgje Dramsdahl (1998, s. 23) er tap av identitet knytt til tap av rolle i samfunnet. Personen går frå å vere nyttig i samfunnet til å føle seg til bry. Tap av kroppslege funksjonar gjeld ofte tap av syn, hørsel og nedsett evne til å utføre dei daglege gjeremåla (Dramsdahl, 1998, s. 23). Dette kjem også fram i pensumboka til Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2011, s. 252), tap av kroppslig funksjon kan føre til depresjon.

Vidare skapar dei *Multifaktorielle årsakene* ein stressreaksjon i kroppen (Dramsdahl, 1998, s. 24). Stress gir forandringar i menneske sin hjerne, hormonsystem og immunforsvar (Dramsdahl, 1998, s. 24). Det er desse forandringane i kroppen som kan utvikla seg til depresjon. Det er viktig å nemne at ikkje alle utviklar depresjon når dei blir utsett for dei *multifaktorielle årsakene*. Mennesket er bygd opp med ulik sårbarheit for depresjon (Dramsdahl, 1998, s. 24). Det inneber at individa treng ulik grad av belastning for å utvikle den psykiske sjukdommen (Dramsdahl, 1998, s. 24). Dramsdahl (1998, s. 24) hevdar dette heng saman med individets personlegdom og mestringssevne i tidligare opplevingar. I tillegg til på kva måte pasienten har opplevd støtte og omsorg frå familie og vener (Dramsdahl, 1998, s. 24).

For mange eldre er depresjon noko som ikkje blir fanga opp og behandla (Engedal og Bjørkløf, 2014, s. 47). Eit empirisk studie gjort av Dragseth mfl. undersøkte prevalensen av

diagnosen og symptoma på depresjon (Dragseth mfl., 2012, s. 872). Studiet inneholdt 227 deltakarar buande på sjukeheim (Dragseth mfl., 2012, s. 872). Dei blei testa med forskjellige depresjonsskalaar (Dragseth mfl., 2012, s. 872). Resultatet viste at heile 32 % fleire enn det som kom fram av den medisinske journalen, fikk diagnosen depresjon (Dragseth mfl., 2012, s. 872). Det kan vere fleire grunnar til dette. Ein grunn kan vere at den deprimerte sjølv ikkje kjenner igjen symptoma på depresjon (Engedal og Bjørkløf, 2014, s. 47). Den eldre kan også kjenne til symptoma og vere bevisst dei, men orkar ikkje å ta tak i problemet (Engedal og Bjørkløf, 2014, s. 47). Ein anna grunn kan vere at symptoma ofte blir tolka i retning som ein del av den naturlege aldringsprosessen (Engedal og Bjørkløf, 2014, s. 47). Uvitenheit blant helsepersonell er også ein faktor som kan påverke oppdaginga av depresjon (Engedal og Bjørkløf, 2014, s. 47). Symptom på depresjon hos eldre er også til dels annleis enn blant yngre (Dramsdahl, 1998, s. 25). Dette kjem også fram i teksten til Engedal og Bjørkløf (2014). Til dømes er symptombilete hos eldre ofte prega av kroppslege smerter, irritabilitet og hukommelsestap (Engedal og Bjørkløf, 2014, s. 47). Det er også vanlig å tolke depresjon som ein del av den somatiske sjukdommen vedkommande kan ha (Engedal og Bjørkløf, 2014, s. 47).

I følgje Dramsdahl (1998, s. 24) er depresjon viktig å avdekke på grunn av den hyppige førekomsten av mortalitet og sjukelegheit. Ho fortel (1998, s. 30) at mortaliteten er opptil 3 gongar så høg dersom den eldre er deprimert. Risikoen for sjukdom er også større for deprimerte (Dramsdahl, 1998, s. 30). Ved underdiagnostisering kan depresjonen bli kronisk og gi stor grad av funksjonssvikt (Dramsdahl, 1998, s. 25). Til saman fører dette til eit større omsorgsbehov for den sjuke (Dramsdahl, 1998, s. 25). Dramsdahl (1998, s. 26) presiserar at høg alder ikkje skal ha noko å seie for oppstart av behandling. Også eldre med høg alder vil ha stor mogelighet for betring dersom depresjonen blir oppdaga og god behandling blir sett i gang (Dramsdahl, 1998, s. 26).

Engedal og Bjørkløf (2014, s. 13) kjem med eit omgrep som dei kallar *alderisme*. Med det meiner dei at alderdommen i seg sjølv er eit stort problem (Engedal og Bjørkløf, 2014, s. 13). Det å bli gammal blir ikkje forbundet med noko positivt. Dei meiner at dette i seg sjølv kan skape ein naturleg depresjon i den eldre befolkninga (Engedal og Bjørkløf, 2014, s. 13).

3.2 Funksjonssvikt

Gjennom eit intervju gjort av Terje Binder (2006) fortalde ein person det slik om hans oppleving av det å miste funksjonen i kroppen: «Det er en meget sakte prosess – den kryper

gradvis opp i deg. Du svekkes etter hvert som du blir eldre og det øker på hele tiden...»(Binder, 2006, s. 8).

Heile 70 % av alle eldre over 80 år lid av ein eller anna form for funksjonssvikt (Binder, 2006, s. 6). Aldringsprosessen kroppen går gjennom førar til auka slitasje (Binder, 2006, s. 11). Plutselig kan ein merke det i redusert bevegeligheit og problem med ADL (Binder, 2006, s. 9). I tillegg er nedsett syn og hørsel vanlig som slitasje blant eldre (Dramsdaahl, 1998, s. 23). Fleire faktorar spelar inn på denne aldringsprosessen. Til dømes kor genetisk disponert ein er, kva type livsstil ein har og om ein lid av kronisk sjukdom (Helbostad, 2008, s. 287). Det kan vere utfordrande å skilje mellom endring i funksjonsnivå på grunn av sjukdom eller om det er på grunn av normale endringar i aldringsprosessen (Helbostad, 2008, s. 288). Dette viser at funksjonssvikt må betraktast i eit heilheitleg perspektiv. Det er viktig å ha kunnskap om denne prosessen for å kunne møte pasienten på best mogelig måte. Til tross for alt dette er det store forskjellar på dei eldre. Mangen bur heime og fungerer godt i kvardagen (Helbostad, 2008, s. 288). Alder aleine kan ikkje forklare funksjonssvikta (Helbostad, 2008, s. 288).

Eldre på sjukeheim er ei av dei skrøpeligaste gruppene me har i Norge (Helbostad, 2008, s. 295). Med tanke på samanhengen mellom depresjon og funksjonssvikt er denne gruppa spesielt utsett for psykiske lidningar. Funksjonssvikt fører med seg nedsett evne til å komme seg ut blant folk, utføre daglige gjeremål og gir ein følelse av at kroppen ikkje fungerer lenger. Det kan føre til utvikling av einsemd og misstrivsel, noko som også aukar sjansen for depresjon (Engedal, K. og Bjørkløf, G.H. 2014 s. 73). Helbostad (2008, s. 187) hevdar bevegelsesfunksjon er vesentlig for sjølv opplevinga av velvære. Det å oppleve at den kroppslege funksjonen sviktar og å måtte innsjå at ein aldri vil bli frisk, kan for mange vere vanskelig og deprimerande (Travelbee, 2001, s. 106).

3.3 Sjukepleie til den deprimerte pasienten

I «Eldre, aldring og sykepleie» frå 1985 av Karoliussen og Smebye står det at målet for sjukepleie, retta mot den deprimerte, er å skape håp, styrke sjølvaktelse og livskvalitet. Det viser seg igjen i nyare fagbøker om temaet, til dømes i pensumboka til Hummelvoll (2012). Han formulerar seg meir konkret enn Smebye og Karoliussen. Han skriv blant anna at målet med sjukepleien er å hjelpe pasienten til å møte og bearbeide følelsen av meningslausheit (Hummelvoll, 2012, s. 206). Altså skal sjukepleiaren hjelpe pasienten med å skape mening.

Eit karaktertrekk sjukepleiaren bør ha i møtet med den deprimerte pasienten, er altruisme (Kristoffersen og Nortvedt, 2011, s. 90). Når sjukepleiaren er altruistisk har han/ho evna til å

vere empatisk og å sette pasienten sine behov framfor sine egne (Kristoffersen og Nortvedt, 2011, s. 90). Kristoffersen og Nortvedt (2011, s. 89) skriv at altruisme, saman med humanisme, dannar verdigrunnlaget i sjukepleien. I følgje Prebensen (2000, s. 66) er empati vesentlig i kommunikasjonen. Det er evna til å lytte og å kunne sette seg inn i pasienten sine følelsar og reaksjonar (Prebensen, 2000, s. 66). Kari Martinsen (1989, s. 76) meiner at det å sette seg inn i andre sin situasjon er sentralt i det å ha omsorg.

Gode haldningar er viktig i møtet med den deprimerte pasienten. Til dømes må sjukepleiaren ha evna til å sjå mennesket i sin heilheit. Gørill Haugan (2015, s. 24) gir oss ein god beskrivelse av kva eit holistisk menneskesyn inneber. Dette menneskesynet handlar om kropp, sjel og ande (Haugan, 2015, s. 24). Desse inngår i ein integrert einheit der dei er i ein kontinuerlig og gjensidig påverknad (Haugan, 2015, s. 24). Sjukepleie retta mot til dømes dei andelega dimensjonane vil kunne påverke pasienten som heilheit (Haugan, 2015, s. 24). Sjølv om dette er tilfellet, hevdar Haugan (2015, s. 30) at det er primært det fysiske behovet som er i fokus på sjukeheimar.

3.4 Kommunikasjon i møte med den eldre deprimerte pasienten

Eide og Eide (2007, s. 17) definerar kommunikasjon som «utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter». Sjølve ordet kommunikasjon kjem frå det latinske ordet *comunicare*, som tydar blant anna å gjere noko felles (Eide og Eide, 2007, s. 17). Å gjere noko felles tyder på ein kontakt mellom to eller fleire menneske. Her kjem ordet relasjon inn. Relasjon er også eit latinsk ord og tydar at noko står i forbindelse med noko anna (Eide og Eide, 2007, s. 17). For å skape ein relasjon er tillit viktig. Jan Spurkeland hevdar tillit er ein av berebjelkane i relasjonen (Spurkeland, udatert).

Sjukepleieteoretikikaren, Joyce Travelbee, meiner at sjukepleiar må skape eit «menneske-til-menneskeforhold» til pasienten (Travelbee, 2001, s. 171). Altså ein likeverdig relasjon mellom pleiar og pasient. For Travelbee er eit slikt forhold vesentlig i sjukepleie og dette skapast ved bruk av kommunikasjon (Travelbee, 2001, s. 171). Martinsen (1989, s. 73) fortel om omgrepet *generalisert gjensidigheit*. Ho meiner at omsorga for andre kjem til syne gjennom dette (Martinsen, 1989, s. 73). Pasienten og pleiaren inngår i eit forhold som likeverdige menneske (Martinsen, 1989, s. 73). I motsetning til Travelbee meiner Kari Martinsen (1989) det er viktig å ta omsyn til at den eine er fagperson og den andre er pasient. Gjensidigheit i relasjonen handlar om eit likeverdig gi- og taforhold (Martinsen, 1989, s. 73).

Derimot er det ikkje slik i eit sjukepleiar-pasientforhold. Der vil ikkje pasienten kunne gi tilbake. Dette skapar ein asymmetri i relasjonen (Martinsen, 1989, s. 73).

I møte med den deprimerte kan det å skape ein relasjonen bli sett på prøve. Hummelvoll (2012, s. 207) fortel at mange sjukepleiarar vil føle seg hjelpelause i slike situasjonar. Pasienten har eit negativt syn på det meste. Han har ein tendens til å isolere seg og vedkommande seier ofte lite (Hummelvoll, 2012, s. 207). For sjukepleiaren kan dette gjere kommunikasjonen vanskelig (Hummelvoll, 2012, s. 207). Det vil krevje tålmodigheit og tilnærminga må vere prega av ein akseptierende haldning frå sjukepleiaren (Hummelvoll, 2012, s. 207).

I eit forskingsstudie publisert i 2013, har Gøril Haugan mfl. sett på samanhengen mellom pleiar- pasientrelasjonen og angst og depresjon blant pasientar på sjukeheim (Haugan mfl., 2013, s. 1). Data blei samla inn i perioden 2008 – 2009 og involverte heile 44 forskjellige sjukeheimar (Haugan mfl., 2013, s. 1). Til saman var 202 sjukeheimspasientar med i undersøkinga (Haugan mfl., 2013, s. 1). Pasientane fylte inklusjonkriteriar om å ha normal kognitiv funksjon (Haugan mfl., 2013, s. 1). Studiet er kvantitativt der dei brukte intervju i prosessen med datainnsamling (Haugan mfl., 2013, s. 4). 26, 1 % av deltakarane viste milde til moderate teikn på depresjon (Haugan mfl., 2013, s. 4). Dei brukte eit spørjeskjema kalla NPIS, der skalaen gjekk frå 1 til 10 (Haugan mfl., 2013, s. 4). Høgt nummer tyda eit godt sjukepleiar – pasientforhold (Haugan mfl., 2013, s. 4). Dersom pasienten oppgav at han blei møtt med respekt, anerkjennelse som individ, blei høyrte og tatt seriøst, skårte også pasienten lågare på depresjon (Haugan mfl., 2013, s. 7). Pasienten opplevde at han blei sett på som eit unikt menneske, noko som bidrog til auka sjølvkjensle og verdigheit (Haugan mfl., 2013, s. 7). Resultatet av studiet viste at god relasjon mellom sjukepleiar og pasient hadde positiv verknad på pasienten sin psykiske helse (Haugan mfl., 2013, s. 7). Altså er det viktig med gode relasjonar mellom sjukepleiar og pasient for å skape eit godt helsefremjande miljø på sjukeheimane.

Formålet med relasjonen og kommunikasjonen er blant anna å hjelpe pasienten til å finne meining og til å mestre opplevinga av sjukdommen/lidinga (Travelbee, 2001, s. 171). Relasjonen i seg sjølv kan hjelpe den enkelte til å endre haldning til eiga liding (Travelbee, 2001, s. 212). For at sjukepleiaren skal kunne klare dette, er det heilt avgjerande at sjukepleiaren opptre varsamt og brukar gode kommunikasjonsferdigheitar (Kristoffersen mfl. 2011, s. 274). Blant anna handlar slike ferdigheiter om å kunne lytte, observere og fortolke det som pasienten fortel (Eide og Eide, 2007, s. 21). Slike ferdigheitar inngår i noko som Eide og

Eide (2007, s. 20) kallar hjelpande kommunikasjon. Denne typen kommunikasjon er pasientretta og omhandlar likeverd, respekt og omsyn til kva som er pasienten sitt beste (Eide og Eide, 2007, s. 20). Med slik kommunikasjon skal sjukepleiar møte pasienten med ein hjelpande, støttande og problemløysande haldning (Eide og Eide, 2007, s. 20).

Aktiv lytting er den mest sentrale ferdigheita når det kjem til kommunikasjon (Eide og Eide, 2007, s. 23). Denne forma for kommunikasjon kan få pasienten til å fortelje meir enn det han hadde planlagt (Solvoll, 2011, s. 31) Aktiv lytting kan delast inn i to hovudferdigheitar, nonverbal og verbal kommunikasjon (Eide og Eide, 2007, s. 24). Berøring, stillheit og augekontakt kjem inn under nonverbal kommunikasjon, medan til dømes bruk av pausar, speile følelsar og stille spørsmål kjem inn under den verbale delen (Eide og Eide, 2007, s. 24). Dermed vil aktiv lytting vere sentralt i møtet med den deprimerte pasienten.

Sjukepleiaren brukar fleire innfallsvinklar i samtalen (Prebensen, 2000, s. 65). Det vil seie at det sjeldan blir anvendt berre ein metode. Prebensen (2000, s. 65) fortel om støttesamtale, kognitiv tilnærming og minnearbeid som gode metodar i kommunikasjonen. I støttesamtalen skal pasienten få fritt rom til å lufte sine tankar og følelsar (Prebensen, 2000, s. 65).

Sjukepleiaren skal vere aktivt lyttande og skal forsøkje å lokke fram pasienten sin beskrivingar av eigne følelsar og problem (Prebensen, 2000, s. 65). I denne situasjonen må sjukepleiar vere forberedt på at pasienten vil leggje ut om sorg, fortvilning, og alt det vonde han sit inne med (Prebensen, 2000, s. 65). Her er det viktig at pasienten er i sentrum. Sjukepleiar skal ikkje ha innvendingar, motsei eller avfeie pasienten i denne prosessen (Prebensen, 2000, s. 65). Pasienten sine eigne opplevingar skal bli høyrte og forstått (Prebensen, 2000, s. 65).

Den kognitive tilnærminga er metoden ein brukar for å hjelpe pasienten til bearbeiding av situasjonen. Pasienten er ofte hamna i ei passiv rolle der det er vanskelig å sjå løysingar under alle problema (Prebensen, 2000, s. 65). Her er det positive tankar som skal få plass (Prebensen, 2000, s. 65). Pasienten og sjukepleiaren skal saman øve på positive formuleringar for å skyve vekk det vonde. Pasienten skal nyansere og reformulere sin eigen oppfatning av situasjonen (Prebensen, 2000, s. 65).

Minnearbeid har vist seg å vere nyttig i arbeidet med den deprimerte pasienten (Prebensen, 2000, s. 65). Formålet er å ta frem minner som kan styrke pasienten sin identitet, evne til samvær med andre og å auke sjølvkjensla (Prebensen, 2000, s. 65). Her skal sjukepleiar hjelpe pasienten til å finne fram erfaring frå tidligare hendingar (Prebensen, 2000, s. 65). Ein skal

trekkje fram den delen av fortida som var representert av god helse og mestring (Prebensen, 2000, s. 65).

3.5 Kva er meining sett i samanheng med den eldre

Det å finne meininga med noko er komplisert og filosofisk. Kva som er meininga med livet er eit kjent spørsmål. Smebye og Karoliussen (1985) går inn på denne tematikken i si bok om «Eldre: Aldring og sykepleie». Dei skriv at dersom ein har funne grunnen til å leve, har ein også funne meininga med livet (Rokstad, 1985, s. 503). Kristoffersen mfl. (2011, s. 265) skriv at når ein finn meininga med lidinga, er det det same som å forsona seg med ein ny og endra livssituasjon. Ein må prøve å finne mogeligheiter og meining i situasjonen (Kristoffersen mfl., 2011, s. 265). Dersom ein ikkje finn meininga ein søker, vil det kunne føre til emosjonelle problem (Rollo, 1995, s. 9).

Dwyer, Nordenfelt og Ternestedt (2008) tok for seg dette med meining. Studiet blei utført i Sverige (Dwyer mfl., 2008, s. 97). Dei intervjuar tre damer i forhold til kva som skapte meining for dei i kvardagen på sjukeheimen (Dwyer mfl., 2008, s. 97). Dei intervjuar damene over ein periode på 18-24 månadar (Dwyer mfl., 2008, s. 97). Primærstudiet inneheldt 12 pasientar som alle blei intervjuar på same måte. Intervjuar til dei tre damene vart plukka ut på grunn av rikt og reflekterte innhald i svara (Dwyer mfl., 2008, s. 98). Etter analyse av svara kom Dwyer mfl. fram til fleire faktorar som spelte inn både på kva kjelda til meining var og kva som skapte meining. Damene oppgav at kjelda til meining var fysisk funksjon, kognitiv funksjon, å føle at ein betydde noko for andre og tilhørigheit (Dwyer mfl., 2008, s. 105). Meining blei skapt gjennom indre dialog, kommunikasjon og relasjon til andre (Dwyer mfl., 2008, s. 97). Det var viktig for dei å kunne fortelje om sin livshistorie og sine opplevingar, dette førte med seg livskraft inn i kvardagen, og dermed også ein følelse av meining (Dwyer mfl., 2008, s. 105)

Sjukepleiaren møter menneske som lider. Omgrepet liding er eit allment brukt ord som tyder den subjektive opplevinga av kroppslege plager, tap, smerte eller nød (Kristoffersen mfl., 2011, s. 246). Felles for alle er at dette gjer vondt, og mange vil slite med å finne meining i all lidinga. I følgje den finske sjukepleiaren Katie Eriksson, referert i Kristoffersen mfl. (2011, s. 249), er liding ein kamp- og sorgprosess som påverkar heile individet. Å lide for Katie Eriksson er derfor å kjempe ein kamp (Kristoffersen mfl., 2011, s. 250). Kampen er svært intens og kan føre til at mennesket slit med å fortelje om sine problem (Kristoffersen mfl., 2011, s. 250). Dermed er lidinga over når kampen også er over (Kristoffersen mfl., 2011, s.

250). Det betyr ikkje at alt er blitt betre, det betyr kun at personen enten har gitt opp eller vunne kampen (Kristoffersen mfl., 2011, s. 250). Liding kan vidare sjåast som ein personlig utviklingsprosess. Ut i frå lidinga kan det vekse fram ny meining hos den det gjeld (Kristoffersen mfl., 2011, s. 250). Det som før var verdiløst kan få ny verdi (Kristoffersen mfl., 2011, s. 250). Ein får eit nytt perspektiv på livet og på den måten kan ein oppleve at ein kjem styrkande ut av lidinga (Kristoffersen mfl., 2011, s. 250).

Dramsdahl (1998, s. 44) fortel om ein psykiater som heitte Viktor Frankl. Han var jøde og blei sendt i konsentrasjonsleir under 2. verdskrig (Dramsdahl, 1998, s. 44). Han sa at dersom ein kan finne meining i lidinga, er mennesket villig til å lide (Dramsdahl, 1998, s. 44). Han meinte at lidinga stansa opp i det augneblikk ein fant meining med det heile (Dramsdahl, 1998, s. 44).

Den religiøse tilknytninga er også av betydning i spørsmålet om meining. Kristoffersen mfl. (2011, s. 280) viser til at livssyn og religion spelar ei stor rolle når mennesket sjølv slit med å finne meining. Dei viser til forskning som har vist seg å avdekkje det viktige forholdet mellom religiøs tru og betring i vanskelige situasjonar (Kristoffersen mfl., 2011, s. 282). Eit kvalitativt studie gjort av Kristina Riis Iden (forskar og sjukeheimslege) får dette fram gjennom intervju av 12 sjukeheimspasientar (Iden, 2015, s. 53). Ho avdekkja at religiøs tru var viktig for å halde tristheita på avstand (Iden, 2015, s. 53). Altså kan religiøs tru bidra til trøst og aksept av vanskelige situasjonar (Kristoffersen mfl., 2011, s. 282). Sjukepleiaren skal legge til rette slik at pasienten kan praktisere sin religiøse tru (Kristoffersen mfl., 2011, s. 284).

3.6 Kari Martinsen om omsorg og kommunikasjon

Sjukepleiarteoretikar Kari Martinsen tek blant anna for seg sjukepleie, omsorg, samtalen og relasjonen. Ho tek for seg tematikken på ein filosofisk måte (Kirkevold, 2001, s. 168). For Martinsen er sjukepleie omsorg, grunna i nestekjærleik for det mennesket som lid og er sjukt (Martinsen, 1996, s. 38). Når ein viser omsorg har ein ansvaret for den svake (Martinsen, 1996, s. 15). På den måten knyt ho sjukepleie og omsorg saman. Vidare meiner ho at omsorg er grunnleggjande for alt menneskelig liv og at relasjonen mellom menneske er vesentlig i omsorga (Martinsen, 1996 s. 69). Dette på grunn av omsorga si omsyn til andre (Martinsen, 1996, s. 69). Å ta omsyn vil vere å vise medmenneskeligheit, å vere der for andre, sørgje for andre og forstå deira situasjon (Martinsen, 1996, s. 69). Slik som ved den barmhjertige samaritan, blir omsorg utført utan den hensikt å forvente noko tilbake (Martinsen, 1996, s. 16). På den måten foreinar Martinsen omgrepa sjukepleie, omsorg og relasjon.

I boka «Samtalen, skjønnnet og evidensen» skriv Martinsen (2005, s. 23) om viktigheita med å møte kvarandre i språket. Ho nemner fleire moment som må vere til stades i samtalen for at den skal kunne bære frukter (Martinsen, 2005, s. 23). Ho fortel om det å tileigne seg den andre, møte kvarandre som subjekt og å engasjere seg i den andre. Det å tileigne seg er hemmelegheita bak det å samtale (Martinsen, 2005, s. 23). Eit nytt spørsmål blir då. Kva er å tileigne seg den andre? Når me tileignar oss noko er dette «noko» blitt gjenkjent av begge partar (Martinsen, 2005, s. 23). For å kunne bruke kommunikasjon i møte med pasienten, vil det vere heilt avgjerande at begge partar klarar å tileigne seg samtalen for å kunne oppretthalde den. Neste punkt blir å møte kvarandre som likeverdige subjekt (Martinsen, 2005, s. 24). Spørsmålet, problemet eller saka som det blir snakka om, er felles for begge partar (Martinsen, 2005, s. 24). Ho fortel vidare at det å engasjere seg er essensielt i samtalen (Martinsen, 2005, s. 25). Dersom ein ikkje klarar å engasjere seg, hevdar ho at samtalen vil gå over til å dreie seg om fakta (Martinsen, 2005, s. 25). Dersom dette skjer vil ikkje partane lenger dele same sak. Ein bryr seg ikkje lenger om det personen fortel om, det han seier blir kun eit faktum (Martinsen, 2005, s. 25).

Neste punkt ein må vere oppmerksom på er tonefallet i språket (Martinsen, 2005, s. 13). Gjennom tonefall kan den som høyrer på få inntrykk av at den andre ikkje er engasjert i samtalen (Martinsen, 2005, s. 36). Den konkrete tonen gir orda meining (Martinsen, 1996, s. 109). Derfor spelar tonen i orda ei sentral rolle for om den andre forstår eller ikkje (Martinsen, 1996, s. 109). Tonen reflekterer den meininga som talaren har gitt samtalen før orda er sagt (Martinsen, 1996, s. 109). Altså er språk ein utfoldelse av uttrykk (Martinsen, 2005, s. 13).

Martinsen (2005, s. 37) meiner at det å samtale er eit vågestykke. Den som samtaler treng mot (Martinsen, 2005, s. 37). Ein må bevege seg ut i openheita og då også inn i si eiga sårbarheit i møte med andre. Ein veit ikkje kva ein blir møtt med. Ein kan oppleve å gå inn i ein samtale som førar til krenkelse og avvisning (Martinsen, 2005, s. 37). Ein kan også bli møtt med forståing og oppriktigheit (Martinsen, 2005, s. 37).

Kroppen har sin rytme og det er sjukepleiaren si oppgåve å finne pasienten sin kroppslege rytme (Martinsen, 1996, s. 110). Når den er funnet er målet for sjukepleiaren å komme inn på pasienten sin rytme. På det viset vil sjukepleiaren kunne forstå pasienten (Martinsen, 1996, s. 110). Å ta imot denne rytmen og tonen frå pasienten er ein utfordring for sjukepleiar (Martinsen, 1996 s. 116).

4.0 Drøftingen

I drøftingsdelen vil eg forklare på kva måte sjukepleiar kan gå fram for å bruke kommunikasjon i møtet med den deprimerte pasienten. Eg går ut i frå den presenterte teoretiske kunnskapen, mine eigne praksisbaserte kunnskapar og bruken av forskning for å belyse tematikken. Målet er å hjelpe pasienten til å finne meining i situasjonen. I byrjinga ynskjer eg å ta fram viktigheita av å skape ein relasjon gjennom kommunikasjon for så å gå vidare på dei ulike aspekta ved samtalen. Utøvelsen av kommunikasjon vil bli relatert til Kari Martinsen sine tankar om sjukepleie og samtalen. For å få fram poenget vil eg bruke eit oppdikta case.

4.1 Presentasjon av case

«Fru Nilsen er ei kvinne på 85 år som blei enke for 4 år sidan. Fru Nilsen braut lårhalsen i fjor vinter då ho var ute på sin daglige gåtur. Etter dette kom ho seg aldri helt igjen. Rehabiliteringsopphaldet på sjukeheimen blei forlenga til å bli permanent. Ho sit no i rullestol og treng hjelp til det meste av ADL. Etter fallet har ho gradvis mista interessa og gleda over sine tidligare hobbyar. Hennar energi og glimt i auga er forsvunne. Ho har mista matlysta og har dermed blitt veldig tynn. For det meste ynskjer ho å opphalde seg på rommet. Nokre dagar er hennar einaste ynskje å liggje i senga.

Sjukepleier Nina er på jobb i dag og har fått ansvar for fru Nilsen. Nina gruer seg litt til dette. Fru Nilsen er kjent for å være veldig passiv og avvisande. Det er ofte vanskelig å aktivisere henne og ho verkar lite interessert og likegyldig til det meste. Ho har mista livssgnisten. Men Nina ynskjer at situasjonen skal bli annleis for fru Nilsen. Målet for Nina er å sjå smilet til fru Nilsen og å opne opp for meining i kvardagen hennar.»

Frå å vere ei aktiv kvinne er fru Nilsen blitt svært passiv, både kroppslig og etter kvart psykisk. Dette caset passar derfor inn i konklusjonen til Kristoffersen mfl. (2011, s. 252). Dei hevdar at nettopp nedsett kroppslig funksjon vil kunne ha samanheng med det å utvikle psykiske plagar som blant anna depresjon. Det holistiske menneskesynet er viktig for at sjukepleiaren skal kunne fange opp dette. Nina står ovanfor en person som, kanskje på grunn av sin endring i kroppsfunksjon, ikkje lenger ser gleda og meininga i kvardagen. Det er viktig at sjukepleien er basert på eit holistisk syn på mennesekt for å kunne sjå samanhengen mellom kropp, sjel og ande (Haugan, 2015, s. 24). Dessverre er det ofte meir fokus på det fysiske enn det psykiske på sjukeheimar (Haugan, 2015, s. 30).

Kari Martinsen (1989, s. 78) har teke stilling til omsorga på sjukeheimane og fortel at arbeidet med eldre i sjukeheim er ein form for vedlikehaldsomsorg. Dette på grunn av deira behov for langvaring omsorgsarbeid (Martinsen, 1989, s. 78). Målet blir her ikkje behandling, men heller at situasjonen skal bli best mogeleg for pasientane (Martinsen, 1989, s. 78). Engedal og Bjørkløf (2014, s. 47) skriv at depresjon blant eldre ofte ikkje er noko som blei fanga opp for så å bli behandla. Om fru Nilsen har fått diagnosen depresjon eller ikkje er ikkje vesentlig for Nina. Alt sjukepleiaren ser eir eit individ som ikkje lenger ser meining i kvardagen. Sjukepleie skal ikkje bli utført på grunn av ein diagnose, men på grunn av nestekjærleik og at personen har behov for hjelp. For at fru Nilsen skal kunne få ei fullgod behandling er ikkje vedlikehaldsomsorg godt nok. Fru Nilsen treng ein diagnose på grunn av at depresjon aukar dødelegheita og risikoen for andre sjukdomar (Dramsahl, 1998, s. 24). Det er derfor viktig å få inn eit tverrfaglig samarbeid (Rokstad, 1985, s. 616).

4.2 Å skape relasjon, det første steg i kommunikasjonen

For å kunne hjelpe fru Nilsen best mogelig er relasjonen mellom fru Nilsen og Nina viktig. Eit mellommenneskelig forhold, som relasjon, er vesentlig i utøving av sjukepleie (Kristoffersen og Nortvedt, 2011, s. 83). Derfor bør sjukepleiar Nina starte der. Alt heng saman, relasjon, kommunikasjon og omsorg. Relasjon ligg til grunn i omsorg (Martinsen, 1996, s. 69). Gjennom kommunikasjon kan relasjon skapas og omsorg kan blant anna komme til uttrykk gjennom kommunikasjon. Martinsen (2005, s. 164) meiner sjukepleiaren må både vere delaktig og ha kunnskap om den andre sin situasjon. Omsorg vil alltid forutsette ein anna person (Martinsen, 1996, s. 69). Altså kjem det fram at omsorg og relasjon har noko med kvarandre å gjere. Også Eide og Eide (2007) trekk fram viktigheita med relasjon i deira bok om kommunikasjon. Nettopp dette å skape ein god relasjon, der ein lyttar og tilstrebar å forstå den andre, er viktig for motivering for endring og håp hos pasienten (Eide og Eide, 2007, s. 140). Ein god relasjon er viktig for at kommunikasjonen skal kunne føre til meining i kvardagen for pasienten.

Gjennom Nina sine gode haldningar og evne til empati (det å bli berørt av pasienten sin situasjon) skapast det eit godt grunnlag for den gode relasjonen med fru Nilsen. Nina må vise interesse, forståing og engasjement for fru Nilsen. Gode haldningar påverkar Nina sin måte å vise omsorg på. Til dømes kan ikkje Nina trekkje inn sine egne problem i samtalen med fru Nilsen. Slik vil ikkje omsorga blir retta mot menneske som treng helsehjelp. Som sjukepleiar må ein alltid ha pasienten i fokus. I kommunikasjonen må Nina vere der 100% for fru Nilsen. Det må komme til uttrykk gjennom kroppsspråk, stemmeleie og orda. Ein god haldning vil

vere å strebe etter å gjere pasienten sin situasjon best mogeleg (Martinsen, 2005, s. 165). Martinsen (1996, s. 110) fortel at våre haldningar gjer seg til syne i det ordlause. Nina skal oppriktig ynskje å skape ein betre situasjon for fru Nilsen og ho skal ha fokus på at pasienten kan få ein betre kvardag. Dersom Nina går inn for dette, vil fru Nilsen kjenne omsorga igjen i måten Nina er på.

Det å skape ein relasjon gjennom kommunikasjon er erfaringsmessig ikkje lett. I yrket som sjukepleiar kjem ein over mange menneske med ulike personligdomar og i ulike situasjonar. Ein kan ikkje nå inn til alle. Når dette er tilfellet må likevel aldri håpet om å skape ein god relasjon vike. Kanskje er det akkurat eg som klarer det denne gangen.

Fru Nilsen er pasient og Nina er sjukepleiar. Dette skapar ein asymmetri i relasjonen og kan dermed vere eit problem. Martinsen (1989, s. 73) fortel om omgrepet generalisert gjensidigheit. Pasienten og sjukepleiaren er likeverdige som menneske, men på grunn av sjukepleiaren si rolle som fagperson, er dei ikkje likestilte (Martinsen, 1989, s. 73). Pasienten har ikkje den same kompetansen som sjukepleiaren har. Dette gjer pasienten avhengig av kunnskapen til sjukepleiaren. Slik som fru Nilsen er avhengig av Nina sin omsorg for å få dekke sine grunnleggjande behov, som til dømes mat og personlig hygiene. I generalisert gjensidigheit kan heller ikkje sjukepleiar forvente noko tilbake frå pasienten (Martinsen, 1989, s. 73). Eit slikt forhold kan ikkje baserast på å gi og ta (Martinsen, 1989, s. 73). Det er vanskelig å vere sjukepleiar i den generaliserte gjensidigheita med pasienten. Heile definisjonen av kommunikasjon vil bli sett på prøve. Det er viktig at Nina er bevisst på at ho ikkje kan forlange noko tilbake frå fru Nilsen. Nina sin omsorg må baserast på den generaliserte gjensidigheita. På det stadiet fru Nilsen er no, har ho meir enn nok med egne tankar. Nina må vere tolmodig og akseptere fru Nilsen sin situasjon (Hummelvoll, 2012, s. 207).

Som ein del av det å skape relasjon, kjem tillit inn i bilete. Per Fugelli skreiv i sykepleien.no (2011) at tillit omhandlar godheit, ærligheit og dyktigheit mellom partane. Ved tillit stolar ein på at andre handlar til mitt beste (Sykepleien.no, 2011). Jan Spurkeland er forfattar av fleire bøker innan ledelse og organisasjonsutvikling. Han hevdar tillit er ein av berebjelkane i relasjonen (Spurkeland, udatert). Han meiner vidare at tillit skapast gjennom gjensidig samhandling (Spurkeland, udatert). For at relasjonen skal kunne bli best mogeleg lyt sjukepleier Nina jobbe opp tillit hos fru Nilsen. Tillit kan til dømes opparbeidast ved at Nina held avtalar som blir laga, og er til stades når pasienten treng støtte og omsorg. Sidan tillit er

ein følelse som er dynamisk og heile tida i endring, er det viktig at Nina opprettheld tilliten fru Nilsen får til henne (Spurkeland, udatert).

For å opparbeide ein god relasjon er det altså viktig å skape eit tillitsforhold mellom pleiar og pasient. Sjukepleiaren må vise at pasienten blir tatt seriøst, gi tid til pasienten og lytte til hans problem. Fokus på god haldning hos sjukepleiar og likeverd mellom partane er viktige aspekt i relasjonen. Erfaringsmessig er det relasjonen som avgjer om Nina kan få ta del i fru Nilsen sin situasjon.

4.3 Å samtale for å skape mening

Dei tre damene i studiet til Dwyer mfl. (2008, s. 97) fortalde blant anna at mening blei skapt gjennom kommunikasjon med andre. Eg har funne fleire gode metodar innanfor kommunikasjon i forhold til depresjon og å oppnå mening. Den eine er hjelpande kommunikasjon (Eide og Eide, 2007, s. 20) og dei andre er støttesamtale, kognitiv tilnærming og minnearbeid (Prebensen, 2000, s. 65). Her blir trekk frå begge metodane og generelle kommunikasjonsferdigheitar presentert:

Nina kan vise si interesse gjennom aktiv lytting. I følgje Eide og Eide (2007, s. 23) er aktiv lytting svært sentralt i kommunikasjon. Innanfor dette finn ein det nonverbale og det verbale (Eide og Eide, 2007, s. 24). Ved hjelp av nonverbal åtferd kan sjukepleiaren syne fru Nilsen at det er henne som er i sentrum. Til dømes ved å ikkje sjå på klokka, sjå henne i auga og sitje med kroppen vendt mot pasienten. Vidare kan Nina gi små verbale oppmuntringar og stille spørsmål som opnar opp for at fru Nilsen kan utdjupe det ho meiner. Innimellom kan Nina omformulere det som fru Nilsen har fortalt. Dette både for å bekrefte at Nina har forstått rett, men også for å vise fru Nilsen at Nina er til stades og får med seg kva som blir sagt. I den aktive lyttinga kjem også empatien til uttrykk. Ein skal speile fru Nilsen sine følelsar slik at ein får fram at ein forstår den andre sin situasjon (Eide og Eide, 2007, s. 27). Ein oppsummering av samtalen er lurt for å tydeliggjere det som blei formidla mellom partane (Eide og Eide, 2007, s. 23). Der tek ein opp større deler av samtalen og kva følelsar som var involvert. Eide og Eide (2007, s. 23) lagar ein veldig skjematisk oversikt over dei ulike punkta under aktiv lytting. Ein kan då komme i skade for å overføre det skjematiske til samtalen. For at fru Nilsen skal få inntrykk av at Nina bryr seg og ikkje det heile blir ein type, «prosedyre» må Nina formidle samtalen så naturleg som mogeleg.

For pasienten er det viktig å bli tatt på alvor (Haugan mfl., 2013, s. 4). Dei pasientane som opplevde å bli tatt seriøst, anerkjent og verdsatt, skårte lågare på grad av depresjon viste

studiet til Haugan mfl. (Haugan mfl., 2013, s. 7). Dette viser kor viktig sjukepleiaren sine haldningar er i møtet med pasienten. Kommunikasjonen vil ikkje fungere dersom ikkje Nina har fokus på sine egne haldningar i møtet med fru Nilsen. Tidligare fortalde eg at Martinsen (1996, s. 110) meiner våre haldningar gjer seg til syne i det ordlause. Det at sjukepleiaren verdsett pasienten, tek han på alvor og anerkjenner han som individ, vil komme fram i Nina sine sjukepleiehandlingar. Pasienten vil merke at Nina har omsorg. Dette er altså haldningar som kan understøtte pasienten sin oppleving av mening (Haugan, 2015, s. 32)

Nina si oppgåve er, gjennom kommunikasjon, å hjelpe fru Nilsen med å bearbeide sorg og tap (Kristoffersen mfl., 2011, s. 251). Den kognitive tilnærminga til Prebensen (2000, s. 65) har til hensikt å hjelpe pasienten til nettopp dette. Det er dei positive tankane som er i fokus og sjukepleiaren skal hjelpe pasienten med å formulere ord og tankar på ein meir positiv måte (Prebensen, 200, s. 65). Dette vil krevje tolmodigheit. Nina vil vere nødt til, gang på gang, å korrigere fru Nilsen.

For å kunne vere der for fru Nilsen i hennar situasjon, er det å skape rom for kommunikasjon viktig (Kristoffersen mfl., 2011, s. 251). Til dømes må sjukepleiaren vere følsam ovanfor pasienten sine signal. Kari Martinsen (1996, s. 110) fortel om den kroppslege rytmen. Å finne denne rytmen er eit av sjukepleiaren sitt mål, men også utfordring (Martinsen, 1996, s. 110). I følgje Martinsen må Nina kunne merke når fru Nilsen vil prate og ynskjer selskap. På kva måte skal Nina klare dette? Mykje er magefølelse og tolking, men Nina må også vere vår for tonefallet i fru Nilsen sine ord og hennar kroppsspråk. Ein fortolkande, ikkje dømmande haldning er viktig for å kunne få ein felles forståing over kva situasjon fru Nilsen er i. Martinsen (2005, s. 23) fortel om å tileigne seg den andre. Ho meiner ein må høyre etter kva den andre har å seie for så å svare med vidare spørsmål (Martinsen, 2005, s. 23). Dette inneber at temaet blir igjenkjent av begge partar (Martinsen, 2005, s. 23). Å høyre etter tenkjer eg handlar om det å forstå kva pasienten eigentlig meiner. Når kvardagen er på sitt mørkaste i livet er det svært vanskelig å formidle sin liding til andre (Kristoffersen mfl., 2011, s. 250). Det kjem ofte heller til uttrykk på andre måtar. Som til dømes ved aggresjon, anklaging og bebreiding av andre (Kristoffersen mfl., 2011, s. 249). Det fru Nilsen føler kjem ut i ord og kroppsspråk, og for at Nina skal kunne sette seg inn i pasienten sin situasjon, lyt ho vere vår for slike signal. Nina må møte pasienten med forståing og ta seg tid til å lytte til fru Nilsen. Eg trur det er dette Martinsen meiner når ho fortel at språk er ein utfoldelse av uttrykket (Martinsen, 2005, s. 13).

Kari Martinsen brukar dialog i sitt vokabular (Martinsen, 1996, s. 10). Ho meiner at dialog handlar om å lytte til kvarandre. Ein skal forstå og akseptere den andre sine tenkar, til tross for ueinigheit eller einigheit (Martinsen, 1996, s. 10). Dialogen skal opne opp for større forståing av kvarandre (Martinsen, 1996, s. 10).

Ein kan ikkje seie alt ein måtte ynskje på ein gong (Martinsen, 2005, s. 24). For Martinsen (2005, s. 24) er dette å ha ein lidenskap til språket. Til dømes kan ein ha eit mål for kommunikasjonen mellom fru Nilsen og Nina. I praksis vil dette bety at ein må ta små steg i samtalen. Målet kan ikkje bli nådd med ein gong.

Eg tenkjer Nina ikkje må vere redd for å undre seg. I støttesamtalen skal sjukepleiaren lokke fram tankane til pasienten og gi rom for at han kan fortelje om dei (Prebensen, 200, s. 65). Fru Nilsen er den som veit best korleis ho har det. Det er opp til Nina og prøve å få innsikt i dette, og fru Nilsen må hjelpe henne med det (Martinsen, 2005, s. 39). Sølv om funksjonssvikt kan vere ein grunn til depresjon, er det ikkje sagt at dette er tilfelle hos fru Nilsen (Kristoffersen mfl., 2011, s. 252). Kva er det som egentlig årsaka til fru Nilsen si manglande interesse og nedsett stemningsleie? Er det hennar sagn til eigen heim? Tap av ektefelle? Er det hennar funksjonssvikt som er utfordringa i hennar liv, eller er det kanskje tapsfølelsen av identitet og eigenomsorg? Kva er vanskelig for nettopp fru Nilsen? Martinsen (2005, s. 15) fortel at undring kan vere med på å sette samtalen i gang. Nina kan spørje fru Nilsen om hennar vanskar og problem. I støttesamtalen skal ikkje sjukepleiar komme med sine egne innvendingar eller motseie og avfeie det pasienten fortel (Prebensen, 2000, s. 65). På den måten vil dei dele ein felles sak der begge er engasjerte, men på forskjellig vis (Martinsen, 2005, s. 15). Sjukepleiar Nina ynskjer å vise omsorg for fru Nilsen, medan pasienten på si side ynskjer å prate om vanskelige følelsar. Det å engasjere seg er vesentlig i kommunikasjonen i følge Martinsen (2005, s. 25).

I følge Martinsen (2005, s. 15) må ein vere oppmerksom på at spørsmål og tema ikkje verkar invaderande og angripande på samtalepartnaren. Det kan vere med på å øydeleggje samtalen (Martinsen, 2005, s. 15). Samstundes er det vanskelig for sjukepleiar å ha kunnskap om kva som kan skape negative kjensler for pasienten. Derfor må Nina opptre varsamt i møtet med fru Nilsen (Kristoffersen mfl, 2001, s. 274). Ho lyt tenkje over sitt val av ord og tonefall, slik at ikkje hennar spørsmål vil virke krenkande på fru Nilsen.

Sjukepleiar må bruke kommunikasjon for å hjelpe pasienten til å orientere seg i livssituasjonen og hjelpe han til å sjå kva som er meningsfylt for han (Rokstad, 1985, s. 504).

Sjuepleiaren må hjelpe pasienten å verbalisere sine problem (Solvoll, 2011, s. 33). Å sette ord på det som er vanskelig er viktig for pasientar som har det tungt (Solvoll, 2011, s. 33). Det kan hjelpe dei med å bevisstgjere seg det vonde og på den måten å bearbeide det (Solvoll, 2011, s. 33). Når ein har forsonst seg med sin nye livssituasjon, har ein også klart å finne meininga med det heile (Kristoffersen mfl., 2011, s. 265).

Kva var det som interesserte fru Nilsen før lårhalsbrotet? Er det noko av det Nina kan bruke for å oppmuntre fru Nilsen? Minnearbeidet går ut på å nøste fram kva som var viktig før, og kva som representerte god helse (Prebensen, 2000, s. 65). Noko som kan framkalle kjærleik slik at apatien forsvinn. For kjærleik skapar engasjement i følgje Smebye (1985, s. 761). Det som skapar engasjement skapar meining. Dersom ein har kjærleik klarar ein også å sjå meininga i kvardagen. Ut i frå dette meiner eg at det du har kjærleik for er også av verdi for deg. Fru Nilsen sine verdiar er derfor av betydning for å skape meining. Viktor Frankl referert i Kristoffersen (2011, s. 265), fortel at det er sjølv verdiane ein har som gjer livet meining. På den måten blir livet verdt å leve, meiner han. Bevisstheit over verdiar og kva som skapar meining er noko Nina må ha tenkt på for å få større forståelsen over fru Nilsen sin situasjon. Sjølv om pasienten er prega av alderdom og sjukdom, skal sjukepleiaren hjelpe pasienten til eit meningsfylt liv (Rokstad, 1985, s. 504).

Nina må ha i bakhovudet at uansett alder har alle med depresjon moglegheit for betring (Dramsdahl, 1998, s. 35). Til dømes vil det vere hensiktsmessig å oppsøke pårørande for å få bakgrunnshistorie til fru Nilsen. Kva hennar interesser var og kva som skapte glede for henne i kvardagen. Dette poenget finn eg også igjen i Kristoffersen mfl. (2011, s. 251). Kunnskap om pasienten sin livshistorie vil kunne opne opp for betre forståing og tolking av fru Nilsen sin atferd (Kristoffersen mfl., 2011, s. 251). Dette vil også hjelpe Nina i arbeidet hennar om å skape meining i kvardagen for fru Nilsen. Det som er viktig for kvar og ein av oss, er avhengig av vår historie, kven me er som person, våre omgivadar, erfaringar og livssituasjonen ein befinn seg i (Kristoffersen mfl, 2011, s. 265).

Nina bør ha kunnskap om kva type religion og livssyn fru Nilsen har. Religion og livssyn har ifølgje forskning vist seg som viktig i forhold til ein følelse av betring i vanskelige situasjonar (Kristoffersen mfl. 2011, s. 282). Dette kan hjelpe pasienten til å sjå meining med situasjonen (Kristoffersen mfl., 2011, s. 280). Ved å ta opp dette i ein seinare samtale med fru Nilsen vil ho kanskje føle at Nina verkeleg interesserar seg for henne og bryr seg om henne. Det vil kanskje kunne hjelpe til med å skape ein felles forståing og eit engasjement frå begge partar.

4.4 Utfordringar i kommunikasjonen

Vent litt. Dette høyrast fint ut, vere der for pasienten, vise empati, bekrefte og finne fram til det som var meiningsfylt før. Er dette så lett i verkeligheita? Pensum og litteraturen gir oss vegen, men det som ikkje kjem så godt fram er alle omvegane og vanskane. Ut i frå mi erfaring er sjølve tida ofte den vanskelegaste hindringa. Tida strekk ikkje til. Som sjukepleiar er det mykje som gir krav på di tid. Og der tid ikkje strekkjer til er det lettare å sjå på fysiske plagar som kan lindrast med medisin, enn psykiske plagar som treng nettopp tid (Haugan, 2015, s. 24). Martinsen har gjort seg bemerkta av den same problematikken. Ho skriv: «kvaliteten i arbeidet blir hastigheit og effektivitet» (Martinsen, 2005, s. 43). Slik systemet er no må ein prøve å oppretthalde maksimal effektivitet i arbeidet (Martinsen, 2005, s. 43). Martinsen (2005, s. 43) fortel at tid som er prega av hastverk verkar øydeleggjande inn på det menneskelege nærværet. Nina kan ikkje tillate seg sjølv å ha det travelt i møtet med fru Nilsen. Ein samtale betyr at ein må ta seg tid og gi kvarandre tid (Martinsen, 2005, s. 43). For å kunne motverke hastverk er det viktig å vere bevisst på tid og gjere dei korte møta langsame (Martinsen, 2005, s. 43). Me kan ikkje forandre tida, men me kan forandre vårt forhold til tida (Martinsen, 2005, s. 44). For meg høyrast dette ut som ein må prioritere og at samtalen må stå høgt på den lista. Det er blant anna på grunn av mangel på tid at Nina må vere 100% til stades i samtalen med fru Nilsen. På den måten kan den gode kommunikasjonen eksistere. Altruismen vil komme til uttrykk ved at Nina vel å vere der for fru Nilsen, sjølv om Nina har det travelt. Nina veit at hennar kompetanse og nestekjærleik kan lindre lidinga til fru Nilsen. I løpet at ei veke treff fru Nilsen mange pleiarar. Til dømes nokon som hjelper henne i stellet, nokon som gir medisin og nokon som serverar mat til henne. For Nina og hennar relasjon til fru Nilsen kan dette by på problem. Nina kan risikere å bli ein av «alle dei andre». Omsorgsarbeidarane blir som ein einheit som fru Nilsen vil forhalde seg likegyldig til. Det vil vere problematisk for Nina og «bli sett». I alle høve er dette noko eg gjennom erfaring har inntrykk av. For fru Nilsen er det kanskje for mange å forhalde seg til. Nina jobbar også i eit yrke med turnusordning. Nina har dermed fridagar og jobbar til ulike tider på døgnet. Det vil kunne skape uforutsigbare møter mellom fru Nilsen og Nina. Det er viktig at fru Nilsen er godt innforstått med denne ordninga for å unngå skuffelsar over at Nina uteblir. Dette er viktig for at tilliten og relasjonen blir oppretthalden.

5.0 Konklusjon

Gjennom oppgåva har eg sett på fleire aspekt ved kommunikasjon og trekt inn viktige moment. Først gjekk eg gjennom alle ledda i min problemstilling. Depresjon og eldre blei sett i fokus, og etter dette funksjonssvikt blant eldre. Eg ynska også å få fram kva type sjukepleie som var viktig i møtet med den deprimerte. Eg såg på kommunikasjon og kva som var typisk for eldre og mening. Til slutt såg eg på kva Kari Martinsen meinte om samtalen. I drøftingsdelen prøvde eg å samle dei forskjellige ledda. Dette for å vise på kva måte ein kan bruke kommunikasjon i møtet med den deprimerte pasienten på sjukeheimen. Eg har prøvd å sette det inn i ein samanheng med praksis ved å bruke eit case.

Gjennom oppgåva har eg reflektert mykje på sjukepleiaren si rolle i møtet med den deprimerte pasienten. Det har hjelpt meg til å forstå alderdommen og kva det inneber å kjenne at kroppsfunksjonane sviktar. Depresjon er samansett og ikkje noko sjukepleiaren kan hjelpe pasienten med aleine. Behandling av depresjon krev eit tverrfaglig samarbeid.

For det første er sjølve samtalen eit vågestykke (Martinsen, 2005, s. 37). Sjukepleiaren må våge å stå i den vanskelige samtalen med pasienten. Ho/han må kunne klare å ta imot det som pasienten kjem med. Ein god kommunikasjon krev ein relasjon mellom pleiar og pasient. Relasjonen i seg sjølv kan bidra til å skape mening i kvardagen for pasienten. Oppgåva har vist meg at slikt arbeid krev tid og tolmodigheit frå sjukepleiaren. Som sjukepleiar må eg ha fokus på gode haldningar og dette visar seg gjennom det ordlause (Martinsen, 1996, s. 110). Gode handlingar som empati, respekt og sjå pasienten som likeverdig er viktig i møtet med pasienten der formålet er å skape mening.

I oppgåva fann eg ut at det å ha kunnskap om pasienten sin livshistorie var viktig. Dette for å hjelpe pasienten til å sjå kva han tidligare følte var meningsfylt. Sjukepleiaren må hjelpe pasienten til å finne tilbake til kjærleiken og verdiane. Verdiane gir livet mening. Det er viktig at pleiaren er der for pasienten slik at han får fortalt om sine problem. Pasienten treng å bearbeide si sorg over tap av kroppsleg funksjon. Sjukepleiaren kan hjelpe pasienten med å vri den negative tankegangen over i ein meir meningsfylt og positiv retning. Det blir eit haldningsarbeid der både pasient og sjukepleiar må jobbe saman for å nå eit felles mål.

6.0 Litteraturliste

- Binder, T. (2006) *Aldring hos mennesker med funksjonshemninger*. Funksjonshemning og aldring: fordypningshefte. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Dragseth, J. Eide, G.E. og Ranhoff, A.H. (2012) Anxiety and depression among nursing home residents without cognitive impairment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [Internett] 2013 (27), s. 872–881. Tilgjengelig frå: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.14716712.2012.01095.x/abstract;jsessionid=633F61319D5761C51EE9758BC9957C72.f01t01> > [Lest 29.02.16].
- Dramsdahl, E. (1998) *Alderspsykiatrien: aldersommens tre store D'er*. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Dwyer, L.L. Nordenfelt, L. Ternstedt, B.M. (2008) Three nursing home residents speak about meaning at the end of life. *Nursing Ethics* [Internett], 15 (1), s. 97 – 109. Tilgjengeleg frå: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18096585> > [Lest 06.03.16].
- Eide H. og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Engedal, K. og Bjørkløf, G.H. (2014) *Depresjon hos eldre:- psykologisk og biologisk forståelse og behandling*. Stavanger: Hertervig forlag.
- Haugan, G. (2015) Langtidspasienter i sykehjem: Pleier-pasientinteraksjonens betydning for velvære. *Geriatrisk sykepleie* [Internett], 7 (2), s. 22-33. Tilgjengelig frå: < https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/gs_0215.pdf > [Lest 04.03.16].
- Haugan, G. Innstrand, S.T. og Moksnes, U.K. (2013) The effect of nursing- patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. *Journal of clinical nursing* [Internett], 22 (15-16), s. 2192-2205. Tilgjengelig frå: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12072/abstract> > [Lest 01.03.16].

- Hauge, S. (2011) Sykepleie i sykehjem. I Kirkevold, M. & Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS, s. 219-236.
- Haraldsplass Diakonale Høgskole (2015) *Fagplan for bachelor i sykepleie 2015-2016*. Bergen: Haraldsplass Diakonale Høgskole.
- Helbostad, J.L. (2008) Bevegelse og aktivitet: aldersendring og svikt i bevegelsesfunksjonen. I Kirkevold, M. & Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS, s. 287-304.
- Helsepersonelloven. *Lov om helsepersonell m.v. 2. juli 1999 nr. 64*.
- Hummelvoll, J.K. (2012) *Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Iden, K.R. (2015) *Depresjon i sykehjem: underdiagnostikk og overbehandling* [Doktorgradsavhandling]. Oslo: Universitetet i Bergen.
- Kristoffersen, N.J. Breievne, G. og Nortvedt, F. (2011) Lidelse, mening og håp. I Kristoffersen, N.J. Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.), *Bind 3: Grunnleggende sykepleie: sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS, s. 245-294.
- Kristoffersen, N.J. og Nortvedt, P. (2011) Relasjon mellom sykepleier og pasient. I Kristoffersen, N.J. Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.), *Bind 1: Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfoldelse*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS, s. 83-134.
- Langballe, E.M. og Evensen, M. (2011) *Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser* [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig frå: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6503&Main_6157=6246:0:25,5498&MainContent_6246=6503:0:25,5508&Content_6503=6259:89279:25,5508:0:6250:28:::0:0 > [Lest 26.02.16].
- Martinsen, K. (1989) *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk – filosofisk essays*. Oslo: TANO.
- Martinsen, K. (1996) *Fenomenologi og omsorg: tre dialoger*. Otta: Tano Aschehoug.

- Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Otta: Akribe AS.
- Norges helseinformatikk (2015) *Om NHI.no* [Internett] Tilgjengelig frå: <http://nhi.no/om/om-nhi-no-45741.html> [Lest: 18.02.16].
- Norsk helseinformatikk (2013) *Diagnostikk av depresjon* [Internett]. Trondheim: Norsk helseinformatikk. Tilgjengelig frå: <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/psykisk-helse/depresjon-diagnostikk-9115.html?page=all> > [Lest: 12.02.16].
- Prebensen, E. (2000) Mellommenneskelige utfordringer og kommunikasjon. I Thorsen, K. (red.), *Et langt liv med en alvorlig funksjonshemming – Utfordringer i et livsløpsperspektiv*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, s. 61-69.
- Rokstad, A.M.M. (1985) Mental aktivitet. I Karoliussen, M. og Smebye, K.L. (red.), *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Universitetsforlag, s. 527-622.
- Rollo, M. (1995) *Oppdagelsen av vårt indre: eksistensielle psykologi*. Oslo: Aventura.
- Rosenvinge, B.H. og Rosenvinge, J.H. (2003) Depresjon hos eldre – en systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990 – 2001. *Tidsskrift for Den norske legeforening* [Internett], 123 (7) s. 928 – 9. Tilgjengelig frå: <http://tidsskriftet.no/article/785939> > [Lest: 12.02.2016].
- Thisted, J. (2010) *Forskningsmetode i praksis: Prosjektorientert videnskapsteori og forskningsmetodik*. København: Munksgaard Danmark.
- Travelbee, J. (2001) *Mellomenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Skaug, E-A. (2011) Aktivitet. I Kristoffersen, N.J. Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.), *Bind 2: Grunnleggende sykepleie: grunnleggende behov*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS, s. 269-300.
- Solvoll, B-A. (2011) Identitet og egenverd. I Kristoffersen, N.J. Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.), *Bind 3: Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfoldelse*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS, s. 15-40.
- Smebye, K.L. (1985) Verdi og mening. I Karoliussen, M. og Smebye, K.L. (red.), *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Universitetsforlag, s. 753-820.

Spurkeland, J. (Udatert) *Tillit er bærebjelken* [Internett], Tilgjengelig frå:

<<http://relasjonsledelse.no/default.asp?tekst=hovedside> > [Lest: 23.02.16].

Sykepleien.no (2011) *Grunnstoffet tillit* [Internett]. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Tilgjengelig frå: < <https://sykepleien.no/2011/06/grunnstoffet-tillit-0> > [Lest 01.03.16].

XPMissions (2015) *ukjent* [digitalisert fotografi]. Tilgjengelig frå: <

<http://www.xpmissions.com/light-in-the-darkness/> > [Hentet 15.03.16].