

Unge voksne med mild – moderat depresjon

Hva kan vernepleieren bidra med i møte med unge voksne  
som opplever mild - moderat depresjon?

Tema: Psykisk helse og mestring

Navn: Torland Dag Magne, Vestvik Selma Karin,  
Vågen Linda Karin og Aarsand Kristin.

Diakonhjemmet Høgskole

Bacheloroppgave

Bachelor i vernepleie

Kull: Vernepleie Haugesund deltid 2010

Antall ord: 12 943

Dato 22/05-2014

## **Sammendrag**

Temaet for bacheloroppgaven er psykisk helse og mestring. Bakgrunn for valg av tema er at depresjon er et aktuelt tema i dagens helsetjeneste.

Vi ønsket å se på hva vi som vernepleiere kan bidra med i møte med unge voksne som opplever mild - moderat depresjon? Vi valgte å skrive teori om følgende temaer: salutogenese, depresjon, mestring, lavterskeltilbud, nettverk, kommunikasjon og relasjon. Til slutt gir vi en kort presentasjon av vernepleierens kompetanse. Vi har i denne studien benyttet oss av kvalitativ metode for å finne svar på problemstillingen. Vi intervjuet 3 informanter for å få innsikt i hva de ser på som sentralt i møte med valgt målgruppe. Bearbeiding av intervjuene gav oss følgende temaer; relasjon, nettverk, sykdomsinnsikt, familiesituasjon og mestring, som er presentert i egen resultat del. Dette ble videre drøftet opp mot valgt teori i drøftingsdelen.

# Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling.....	5
1.2 Presentasjon av problemstilling og avgrensing.....	6
1.3 Begrepsavklaring.....	6
1.4 Oppgavens oppbygging .....	6
2.0 Teori .....	7
2.1 Mestring .....	7
2.2 Salutogenese .....	7
2.2.1 Mestringsressurser .....	8
2.3 Depresjon .....	9
2.3.1 Risiko og beskyttelsesfaktorer.....	11
2.4 Nettverk .....	12
2.5 Lavterskeltilbud .....	13
2.6 Kommunikasjon og relasjoner.....	14
2.7 Vernepleierens kompetanse .....	15
3.0 Metode.....	15
3.1 Valg av metode .....	15
3.1.1 Kvalitativt intervju og intervjuguide .....	16
3.2 Innsamling av data .....	16
3.2.1 Presentasjon av informanter .....	17
3.2.2 Gjennomføring av intervjuene.....	17
3.3 Analyse .....	18
3.4 Pålitelighet og gyldighet.....	19
3.5 Feilkilder .....	19
3.6 Forskningsetikk .....	20
4.0 Resultat .....	21
4.1 Relasjoner.....	21
4.2 Nettverk .....	22

4.3 Sykdomsinnsikt .....	24
4.4 Familiesituasjon .....	25
4.5 Mestring .....	26
5.0 Drøfting .....	27
5.1 Relasjon .....	27
5.2 Nettverk .....	30
5.3 Sykdomsinnsikt .....	32
5.4 Familiesituasjon .....	33
5.5 Mestring .....	34
6.0 Avslutning .....	37
Litteraturliste .....	39

## 1.0 Introduksjon

### *1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling*

Psykiske lidelser er en av de største folkehelseutfordringer vi står overfor i dagens samfunn. Om lag halvparten av alle nordmenn (Helsedirektoratet 2010) vil i følge studier rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet. Ca. 8 % av befolkningen er til en hver tid rammet av en depresjon, noe som medfører en betydelig belastning for den enkelte (Dalgard og Bøen 2008). Helsedirektoratet har ikke holdepunkt for verken økning eller reduksjon av psykiske lidelser, men det har vært en sterk økning i behandling (Helsedirektoratet 2010). Psykisk helsearbeid har de siste årene gjennomgått store endringer. Institusjonene er nedbygget og det har ført til at kommunene har måttet bygd opp et lokalbasert behandlingstilbud i den enkelte kommune (Almvik og Borge 2012).

I oppgaven har vi valgt å skrive om psykisk helsearbeid med fokus på mennesker med lett - moderat depresjon. Bakgrunnen for valgt tema er fellesinteresse for psykisk helsearbeid samt at kommunene har fått et større ansvar for psykiskhelsetjeneste, noe som medfører at dette er en brukergruppe vi vil treffe i vårt daglige arbeid. Vi ønsker å øke vår kompetanse på området for å gi brukerne et best mulig tjenestetilbud på rett plass, rett tid og på rett måte.

Depresjon blir av Verdens Helseorganisasjon rangert som den 4.viktigste sykdommen i forhold til belastninger i samfunnet og det antas at den vil øke i fremtiden (Dalgard og Bøen 2008). Depresjon rammer mange unge, og den er ofte tilbakevendende. Dette gjør at mange faller utenfor skole og arbeidsliv (Major m.fl. 2011 og Schjødt, Hoel og Onsjøen 2012). Dette er også en medvirkende årsak til valg av tema og problemstilling. Forebygging og helsefremming er sentrale begrep i det vernepleiefaglige arbeidet. Helsefremmende perspektiv fokuserer på positive sider ved helsen. Når vi arbeider helsefremmende fokuserer vi på bedring av miljøet, bedring av mestringssevne og kompetansen hos individet (Helsedirektoratet 2010). I det helsefremmende arbeidet blir brukeren aktiv samarbeidspartner og ikke en målgruppe (Owren og Linde 2011). Vi har i oppgaven vektlagt det salutogene perspektivet, der helse forstås som lavest mulig grad av symptomer samt høyest mulig grad av fysisk, psykisk og sosialt velvære (Langeland 2011).

## ***1.2 Presentasjon av problemstilling og avgrensing.***

Med utgangspunkt i temaet psykisk helse og mestring blant unge - voksne har vi valgt følgende problemstilling:

### ***Hva kan vernepleieren bidra med i møte med unge voksne som opplever mild - moderat depresjon?***

Vi har avgrenset oppgaven til å fokusere på mennesker med mild – moderat depresjon. Undersøkelser viser en økt forekomst av mild - moderat depresjon (Folkehelseinstituttet 2008), og opptrer to til tre ganger så ofte som alvorlig depresjon (Kringlen 2012). Dette samsvarer med opplevelser vi hadde i praksis og med det som utgangspunkt ønsket vi å få mer kunnskap om hvordan vi kan møte unge – voksne med depresjon i vårt vernepleiefaglige arbeid. Vi ønsket å fokusere på aldersgruppen unge voksne og satte derfor en begrensning til aldersgruppen 18 - 30 år. Ut i fra praksisopplevelser erfarte vi at denne gruppen var økende. Dette er og en gruppe vi kan treffe på gjennom arbeid i kommunehelsetjenesten.

## ***1.3 Begrepsavklaring***

**Bruker:** I oppgaven har vi brukt bruker som benevnelse på den som mottar tjenester.

Bakgrunn for valget var at den benevnelsen ble brukt av informantene.

**Ung - voksen:** Vi definerer unge voksne som personer i aldersgruppen 18-30 år.

## ***1.4 Oppgavens oppbygging***

Oppgaven inneholder en teoridel der vi presenterer relevant teori i forhold til valgt problemstilling. Vi har tatt med teori i forhold til mestring og det salutogene perspektivet, depresjon, nettverk, lavterskeltilbud, kommunikasjon og relasjoner. Videre redegjør vi for valg av metode, fremgangsmåte, pålitelighet, gyldighet, feilkilder og forskningsetikk samt hvordan vi analyserer dataene vi innhentet. Våre funn presenteres i en egen resultatdel. Vi har til slutt valgt å dele opp drøftingen i fem hovedtema etter funn fra våre intervjuer.

## 2.0 Teori

### 2.1 Mestring

Oppgaven tar utgangspunkt i følgende definisjon på mestring tatt fra boken til Viifladt og Hopen (2004).

Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre (*Viifladt og Hopen, 2004:61*).

På bakgrunn av vår mestringsforståelse som bygger på følelse av å ha tilstrekkelig ressurser og kontroll over eget liv har vi valgt å presentere teori om det salutogene perspektivet. Mestringsperspektivet i den salutogene tenkningen vil i større grad enn sykdomsperspektivet lede tjenesteyter til å se nye muligheter og ubrukte sider hos brukeren og hans omgivelser. Salutogenese vektlegger og aktivere brukerens ressurser og potensiale (Almvik og Borge 2012).

### 2.2 Salutogenese

Begrepet salutogenese ble skapt av den medisinske sosiologen Aron Antonovsky. I motsetning til patogenese der fokuset er sykdom vektlegger salutogenese helse. Salutogen tenkning ser på helse som et kontinuum, der alle befinner seg på en pol mellom helse og uhelse, og er opptatt av hvilke faktorer som øker helsen. Antonovsky sier at faktorer som kan påvirke hvor vi befinner oss på kontinuumet er sykdom, stress og konflikter. Dette er faktorer som hører livet til (Antonovsky 2012). Salutogenese ser på helse som en ressurs, der fokuset er på å aktivisere personens egne ressurser og potensial for å fremme mestring av situasjonen (Almvik og Borge 2012).

På bakgrunn av sin forskning hevder Antonovsky at helse er individets evne til å takle det som skjer i hverdagen, og ikke et spørsmål om hva en blir utsatt for. Innen det salutogene perspektivet utforskes faktorer som kan bidra til økt helse, hvorpå personens historie og mestringsopplevelser er viktig i bedringsprosessen. Det er ønskelig å redusere risikofaktorer, ha fokus på brukerens nåværende og eller potensielle mestringsressurser. Idealet er at behandlingsopplegget blir tilrettelagt i forhold til personens evne til aktiv deltakelse

(Antonovsky 2012). Antonovsky vektlegger behovet for å fokusere på hva som skaper helse, der opplevelse av sammenheng er et sentralt begrep (Langeland 2011). Opplevelse av sammenheng (OAS) består av tre komponenter: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet dreier seg om hvorvidt indre eller ytre stimuli man utsettes for oppfattes som kognitivt forståelig. Håndterbarhet går ut på å føle at ressursene man har til rådighet er tilstrekkelig i forhold til å takle ulike krav man stilles ovenfor. Til slutt omhandler meningsfullhet det å ha ulike områder i livet som er av betydning og som virker motiverende, følelsen av at noe er verdt innsats og engasjement. Meningsfullhet vektlegger at problemer blir sett på som utfordringer som igjen fremmer til mestring. Meningsfullhet er den viktigste av de tre komponenten, og dersom en opplever høy forståelse av mening vil også situasjonen bli mer begripelig og håndterbar. Antonovsky påpeker at en høy OAS vil gi en høy grad av helse (Antonovsky 2012).

Artikkelen av Langeland «Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse» dokumenterer betydningen med en salutogen tilnærming med å styrke mestring i rehabiliteringsprosessen. Hun finner at sosial støtte der relasjoner hvor en har mulighet for å gi omsorg ses på som en prediktor for positiv forandring av OAS. Studien viser også at salutogene terapiprinsipp brukt i samtalegrupper også styrker OAS (Langeland 2009).

### **2.2.1 Mestringsressurser**

En salutogen tilnærming ser på hvordan personlige og kollektive mestringsressurser kan være til hjelp slik at brukeren klarer å mestre utfordrende situasjoner i hverdagen. En bruker som har dette tilgjengelig og kan bruke dem har større sjanse for en bedre OAS og vil oppleve høyere grad av helse. Mestringsressurser kan være individuelt og Antonovsky mener at følgende mestringsressurser kan være eksempler på noen hovedområder:

*Fysiske og biokjemiske ressurser* kan være god fysikk, gode gener og sterkt immunforsvar.

*Mestringsstrategier* er strategier en bruker for å håndtere handlinger og regulere følelser.

*Sosial støtte* er at en person opplever å ha god hjelp og støtte fra familie og nære venner. Å vite at noen bryr seg om en og at en har god støtte kan være det som skal til for at sosial støtte



kan være en mestringsressurs. Også kvaliteten på støtten betyr mye og det hevdes at emosjonelle bånd er særdeles viktig.

*Religion og verdier* kan for noen være en mestringsressurs som gir trygghet, tilhørighet og mening i livet.

*Kunnskap og intelligens* er kognitive ressurser. Å inneha kunnskap om ens sykdom gir innsikt og mulighet til å ta valg. Ved å gjøre bevisste valg og handle kan det styrke den enkeltes mestringsopplevelse.

*Egoidentitet* er en emosjonell ressurs og ses på som en av de viktigste mestringsressursene. Den omhandler hvordan personen opplever seg selv (Langeland 2011).

Mål for salutogen tilnærming er at personen skal få økt innsikt i sin egen mestringsevne ved at en øker ens bevissthet om egne muligheter og hvilke indre og ytre ressurser en har. Ved å øke bruken av mestringsressursene når en står overfor passende utfordringer er målet å komme inn i en god sirkel som kjennetegner et konstruktivt samspill mellom mestringsressursene og OAS. I et salutogent perspektiv ser en på hvilke faktorer som kan være med å skape en høyere grad av helse, en vektlegger personers livshistorie fremfor diagnosen og mestringsopplevelser er en viktig del av forbedringsprosessen (Langeland 2011). I følge Antonovsky er helse ikke et spørsmål om hva vi utsettes for, men hvordan man evner å takle utfordringer i livet. Han mener og at det er viktigere å fokusere på hva som er årsaken til helse fremfor årsaken til sykdom. Hans svar på hvordan helse blir til er «opplevelse av sammenheng» (Langeland 2011).

### ***2.3 Depresjon***

Ifølge ICD 10 internasjonal sykdomsklassifikasjon utgitt av verdens helseorganisasjon deles depresjon opp i mild, moderat og alvorlig grad. Mild depresjon gjør at de som opplever dette normalt er bekymret over symptomene og har utfordringer i vanlig arbeid og sosiale aktiviteter, de slutter likevel ikke helt å fungere. Personer med moderat depressiv episode kan ha store problemer med sine vanlige aktiviteter, sosialt, arbeid eller hjemme (Helsedirektoratet 2012).

Depresjon kan sees på som en tyv som stjeler selvtillit, lykke, energi og livslyst fra den som rammes. Den deprimerte kan miste evnen til å være glad samt at evnen til å føle sorg rammes. Problemer i den enkeltes liv blir forsterket og en kan føle seg overmannet av negative tanker (Berge, Ekelund og Skule 2004). Tanker som tristhet, håpløshet, fortvilelse og ulyst er fremtredende. Depresjonen kan føre til at bruker blir taus og innesluttet, og unngår kontakt med andre. Tristhet og pessimisme kan gå parallelt med et dårlig selvbilde. Små bagateller kan bli til store når man bebreider seg selv. En del av de som får depresjon plages med selvmordstanker og suicid blir resultatet hos enkelte (Kringlen 2012).

Endringene skjer ikke bare i følelseslivet. Det å tenke klart og konsentrere seg kan være utfordrende for noen. Brukerens grunnstemning preger tankeinnholdet og en kan ha vansker med å finne positivitet og gleder. Det oppstår gjerne kroppslige symptomer i forbindelse med depresjon. Det kan være hodepine, magesmerter og nedsatt appetitt. Hos enkelte kan en observere endring i motorikk. Dette kan en se på kroppsholdningen da brukeren går langsommere med hodet hengende litt fremover bøyd. Søvnproblemer debuterer også ofte ved depresjon. Konsekvensen kan være at en føler seg trett og utmattet (Kringlen 2012). Brukere som rammes av depresjon kan føle seg kraftløs både fysisk og psykisk. Mangel på energi kan vanskeliggjøre dagligdagse gjøremål. Dette kan føre til sykemelding og tilbaketrekking fra arbeidslivet og ens sosiale liv. En kan få problem med å fungere i foreldrerollen, i samvær med familie og venner – livskvaliteten kan svekkes betydelig for den som rammes (Schjødt, Hoel og Onsøyen 2012).

Det er viktig at ansatte i kommunehelsetjenesten kan identifisere depressive symptomer og hjelpe til så brukeren kan henvises videre for vurdering og diagnostisering. For både bruker og pårørende kan det være en lettelse å få konstatert at endringene en opplever har en forklarlig årsak. Som vernepleier er det viktig at vi i møte med bruker møter han med en trygg følelse av at vi har god tid til disposisjon. Dette er et godt utgangspunkt for kontakt og kommunikasjon. Klarer en som vernepleier å vise brukeren at en virkelig forstår han vil det medføre økt kontakt og tillit, da de aller fleste deprimerte brukerne ønsker kontakt (Løkensgard 1995).

### 2.3.1 Risiko og beskyttelsesfaktorer

Det kan være ulike årsaker til at en mild-moderat depresjon oppstår. Risikofaktorer kan være både genetiske og miljømessige. Gener kan spille inn i forhold til motstandsdyktig eller sårbarhet for depresjon (Folkehelseinstituttet 2014A). Det har vist seg at personer som har tendens til å utvikle depresjon kan være vare for kritikk, sårbare og nærtakende. Samtidig er mange ansvarsbeviste og pliktoppfyllende men kan ta følelsen av ansvar tungt (Retterstøl og Ilnér 2008).

Det er miljømessige faktorer som er avgjørende for om depresjon utvikles (Mykletun, Knutsen og Mathiesen 2009). Noen av de vanligste utløsende faktorer er tapsopplevelse av nære personer, frykt for eller stryk til eksamen, eller følelse av nederlag som følge av arbeidsledighet, tap av økonomi og trygghet. Andre risikofaktorer som kan utløse depresjon er personlig nederlag og situasjoner der en opplever tap av ansikt og aktelse. En kan også være ekstra sårbar for å utvikle depresjon i perioder der en er sliten eller utmattet av sykdom (Retterstøl og Ilnér 2008). Her kan det trekkes paralleller til søvnmangel som kan ha stor innvirkning på den psykiske helsen. Søvn er en viktig del av menneskets naturlige rytme. Mangel på søvn kan føre til nedsatt kognitiv og intellektuell fungering noe som igjen kan gå utover livskvaliteten til den enkelte (Folkehelseinstituttet 2013).

Nettverk er en sentral beskyttelsesfaktor mot depresjon. Det å ha god sosial støtte i nettverket i form av familie, venner, kollegaer og naboer, kan bidra til å styrke mestringsevnen og motstandsdyktighet (Folkehelseinstituttet 2014B). Mangle på sosial støtte, ensomhet og isolasjon kan være en risikofaktor ettersom det å ha en tilhørighet og ha et nært forhold til andre betyr mye for oss som menneske. Depresjon kan også føre til isolasjon og ensomhet (Retterstøl og Ilnér 2008). Ettersom nettverk er en vesentlig beskyttelsesfaktor og viktig i bedringsprosessen har vi valgt å se nærmere på det i eget teorikapittel. Antonovsky vektlegger også nettverket i form av sosial støtte som en sentral mestringsressurs.

Fysisk aktivitet er forbundet med helsefremming. Om man er fysisk aktiv vil det være lavere risiko for utvikling av depresjon. Om man er deprimert kan fysisk aktivitet ha en antidepressiv effekt for de som er rammet og bidra til helse (Martinsen 2000). God helse bidrar til økt selvfølelse og evne til å mestre utfordringer (Helsedirektoratet 2010).

## **2.4 Nettverk**

Å ha et godt og støttende nettverk er sentralt for vår helse og livskvalitet. Sosialt nettverk ble av Barnes i 1954 (Fyrand 2010) beskrevet som et fiskegarn. Knutene i garnet symboliserer menneskene og trådene mellom knutene symboliserer relasjonene. Nettet i fiskegarnet symboliserer hvordan vi som mennesker er knyttet til hverandre via samhandling og sosial kontakt. Det finnes ulike typer garn. Noen er finmasket og noen grove. Noen er hullete og noen har raknet helt. For å kunne bøte garnet må vi forstå dets særegenhet. Klarer vi ikke det er det vanskelig å få garnet reparert. På samme måte kan en se på sosialt nettverk. Noen har et stort nettverk, men med løse forbindelser mellom menneskene. Andre har små, men tett kontakt. Andre igjen har mistet deler av sitt nettverk som har ført til hull i nettverket og for noen har det raknet. Det er ofte spesielle begivenheter som kriser, sykdom, samlivsbrudd eller flytting som fører til endringer i ens nettverk (Fyrand 2010). Endringer i det sosiale nettverket har betydning for ens psykiske helse og god sosial støtte er en beskyttelsesfaktor mot depresjon (Folkehelseinstituttet 2014B). Få personer, eller et nettverk med liten tetthet kan føre til at personene i nettverket kan bli utslitt. Ved at nettverket slites ut har personene som skal være til hjelp når en sliter med depresjon mindre overskudd og slitasjen blir større. Her kan vi som vernepleiere være til hjelp for både personen som sliter og for pårørende (Linde og Nordlund 2006).

Hummelvoll mener at nettverksarbeid er sentralt for både helsefremmende og forebyggende arbeid (Hummelvoll 2010). Innen nettverksarbeid er hovedmålet å kartlegge ens eksisterende nettverk og sammen med bruker kan vernepleieren lage nettverkskart. Ser en at det er få personer i nettverket må en arbeide sammen med bruker for å styrke eksisterende forbindelser en har med familie, tidligere venner eller kollegaer. I andre tilfeller må vi jobbe for å utvide nettverket (Hummelvoll 2010). Det sosiale nettverket kan ses på som selve strukturen, mens den sosiale støtten er innholdet og funksjonen i nettverket. Det som legges til grunn innen sosial støtte er at gjennom samhandling utveksles ulike typer støtte og hjelp. Relasjoner i vårt sosiale nettverk bidrar med ressurser slik at utfordringer kan mestres på en konstruktiv måte (Fyrand 2010).

Opplevelse av meningsfull kontakt og samhandling må være tilstede hos begge parter. For å få hjelp må du også ha bidratt, det du sår høster du. Tilgang på god sosial støtte er en sentral bit av vårt mestringsrepertoar, der personer som opplever støtte også i større grad kontrollerer og mestrer egen hverdag. Det å ha en person i nettverket som er fortrolig kan virke positivt inn på helsen. Samtidig kan sosiale relasjoner også være en kilde til stress. Negative

interaksjoner kan bidra til økt psykologisk stress, og forårsake reaksjoner både følelsesmessig, kognitivt og biologisk. Dette kan bidra til å redusere en persons opplevelse av helse (Fyrand 2010). Oppfatning av egen sosial kompetanse og sosial selvtillit har sentral betydning for selvbildet til individet (Schiefløe og Bø 2004 og Fyrand 2010). Sosial kapital går blant annet ut på det å oppleve et fellesskap, sosial støtte og ha sosiale relasjoner (Bø 2012).

## ***2.5 Lavterskeltilbud***

Lavterskeltilbudene inngår ofte i kommunenes primær- og sekundærforebyggende arbeid, og er tilbud som finnes i nærheten av der brukeren bor. Kjentegnet for disse aktivitetene er at de er åpne for de fleste, en trenger ikke henvisning fra lege eller andre instanser. De som ønsker kan delta, aktivitetene blir formet etter deltakerne og brukerstyring er ofte fremtredende på disse aktivitetene. I enkelte kommuner benytter en brukerorganisasjoner og har tilbud i samarbeid med dem. Slike samarbeid kan fungere godt da det ofte er likemenn med på disse tilbudene og en kan utveksle gode erfaringer med hverandre (Ingeberg, Tallaksen og Eide 2006).

Helsedirektoratet (2009) har utarbeidet en definisjon av lavterskeltjenester i psykisk helsearbeid som inneholder disse 8 punktene:

- Tilbud om direkte hjelp uten henvisning, venting og lang saksbehandling.
- Kan benyttes av alle uansett betalingsevne.
- Tilgjengelig for alle.
- Tilby tidlige og adekvate tiltak, samt være en støtte for brukere, pårørende, familie og annet nettverk i forhold til å vise veien videre i systemet.
- Ha personal med riktig kompetanse til å følge opp tjenestens formål.
- Åpningstidene må tilpasses målgrupper og formål.
- Høy grad av brukerinvolvering og aksept for brukerens ønsker og behov.
- Det må fremstå som et synlig, tydelig, hensiktsmessig og tillitsvekkende sted for innbyggerne å oppsøke.

Kurs i mestring av depresjon (Kid-kurs) er et lavterskeltilbud rettet mot mestring av depresjon og har som hensikt å forebygge tilbakefall (Berge, Ekelund og Skule 2004).

## **2.6 Kommunikasjon og relasjoner**

Ordet kommunikasjon har røtter i det latinske verbet *communicare* som betyr «å gjøre felles». Når møte mellom mennesker finner sted er det kommunikasjon. I samspill med andre gir vi fra oss selv samtidig som vi enten tar imot eller avviser andre (Skau 2011).

Røkenes og Hansen presenterer en fire – perspektiv modell for kommunikasjon. Disse perspektivene er egenperspektivet, andreperspektivet, det intersubjektive opplevelsesfellesskapet og samhandlingsperspektivet. Hvordan vernepleieren opplever og forstår verden ses på som egenperspektivet. Dette perspektivet dannes på bakgrunn av egne erfaringer, holdninger, kunnskaper og egen personlighet. For det vernepleierfaglige arbeidet vil det være sentralt at en kjenner seg selv slik at en kan reflektere over egne erfaringer, menneskesyn, for-forståelse og verdier. Andreperspektivet, også kalt brukerperspektivet handler om evnen til forholde oss til den deprimerte og hvordan de opplever egen hverdag. For å ivareta brukerperspektivet bør en som vernepleier ta seg tid til å bli kjent med bruker, finne ut hvor utfordringene og ressursene ligger og begynne derfra. Gjennom samhandling med andre få forståelse for hvordan andre har det, opplever ting og tenker. Her er siktemålet at vernepleieren og bruker selv får en felles opplevelse av det bruker formidler og opplever som reelt. For å få til dette står evnen til empati sentralt, samt det å være bevisst på hvordan vi selv tolker og gir mening til andre personers opplevelser. Dette kalles det intersubjektive opplevelsesfellesskapet. I samhandlingsperspektivet handler det om å forstå samhandlingsprosessen og relasjon mellom mennesker, det vil si at vi kommuniserer om kommunikasjon. Det har stor betydning for en person som vurderer å be om hjelp om en føler seg trygg og får støtte i relasjonen til den andre. Faktorer som står sentralt for å skape en god relasjon er væremåte, empati og anerkjennelse (Røkenes og Hanssen 2012).

Når en arbeider med mennesker som har depresjon, er det viktig å ha evnen til å lytte. Aktiv lytting utføres ved bruk av kroppsspråk, en viser interesse for brukeren med å stille oppfølgings spørsmål og gir bekreftelser under samtalen. Ved å lytte aktivt forsøker en å få tak i det som sies med ord og det som kan ligge bak ordene. Når brukeren opplever forståelse og føler seg hørt så vil det hjelpe brukeren til å sette ord på sine tanker og følelser (Røkenes og Hanssen 2012).

## ***2.7 Vernepleierens kompetanse***

En del av vernepleiers viktigste sider er å forebygge sykdom og fremme helse. Mange deprimerte opplever ofte andres forventninger som en stor utfordring som kan forverre deres opplevelse av livskvalitet (Owren og Linde 2011). Vernepleieren skal inneha kunnskaper og ferdigheter for å gi sosial støtte, veiledning og opplæring for å øke brukernes mestring. Viktige faktorer å ha fokus på i vernepleiefaglig arbeid er brukers egne ressurser, familien, nettverket og nærmiljøet (FO 2008).

## **3.0 Metode**

Metode er en fremgangsmåte for å komme frem til ny kunnskap, altså et middel til å løse problemer. Alle midler som bidrar til dette kan kalles en metode, med det formål å innhente data for å belyse en bestemt problemstilling på en faglig måte. Metoden blir da redskapet vi benytter i møte med det emnet vi ønsker å fordype oss i (Dalland 2013).

### ***3.1 Valg av metode***

Det skilles mellom kvantitativ og kvalitativ metode, men felles for begge er at de ønsker å bidra til økt innsikt og forståelse av samfunnet vi lever i samt hvordan mennesker og grupper samhandler (Kvale og Brinkmann 2012).

Ettersom den kvantitative metoden går mer i bredden og tar sikte på å formidle et lite antall opplysninger om mange undersøkelsesenheter passet ikke denne metoden til vår problemstilling. Vi ønsket å gå mer i dybden og få en forståelse i motsetning til en forklaring på hva som er essensen i møte med valgt målgruppe, derfor ble kvalitativ metode valgt. Den kvalitative metoden har som mål å få frem informantenes personlig beskrivelser, erfaringer og har fokus på å få frem det særegne og sammenhenger (Dalland 2013). Den kvalitative metoden er å samle inn data ved hjelp av samtaler med mennesker der vi også kan observere ulike nyanser i kroppsspråk og holdninger (Jacobsen 2013). For oss var det også interessant å se hva de ulike informantene vektla som sentralt i møte med personer med lett til moderat depresjon. Var det faktorer som gikk igjen eller kom det frem noe som var spesielt og egent. Gjennom å intervju fagpersoner innen psykisk helse ønsket vi å få ta del i deres erfaringer. Det kvalitative forskingsintervjuet går dypere enn den vanlige samtalen, der vi som

vernepleiere bør være både spørre- og lytteorientert. Målet med intervjuet er å få frem kunnskap som er grundig utprøvd. Denne kunnskapen kan kun oppnås i samspill og interaksjon med andre mennesker (Kvale og Brinkmann 2012).

For å belyse vår problemstilling har vi valgt intervju som metode. Vi valgte å intervju personer som arbeider i kommune helsetjenesten, og som gjennom jobben sin møter mennesker med mild-moderat depresjon. Vi ønsker å undersøke hva den enkelte mener er viktig for oss i vårt møte med unge voksne med lett- moderat depresjon (Dalland 2013).

### **3.1.1 Kvalitativt intervju og intervjuguide**

Utarbeidelse av en intervjuguide er en forberedelse både faglig og mentalt til et møte med den som skal intervjes. I møtet skal du og intervjupersonen ta opp et tema som angår begge parter og gjennom samtalen få en bedre forståelse av temaet (Dalland 2013).

Et kvalitativt intervju er preget av åpenhet og kan foregå nesten som en vanlig samtale uten begrensinger. Jacobsen (2013) mener at en på forhånd må bestemme seg for hvor prestrukturert en skal være og at en har gjort seg opp en mening før intervjuet om hvilke temaer en ønsker å ta opp. Det blir hevdet at prestrukturering gjør datainnsamlingen mer lukket, men for å begrense datamengden må en gjerne sette noen føringer for intervjuet (Jacobsen 2013). Vi valgte derfor å utarbeide en intervjuguide for å være sikker på å få belyst de temaene vi ønsket å ha fokus på. Temaene tok utgangspunkt i emner vi hadde lest oss opp på og som vi antok ville være relevante for oppgaven. Vi presenterte temaene i en egen resultatdel. Å bruke intervjuguide var et nyttig redskap da det ellers er lett å glemme temaer en har tenkt å ta opp. Intervjuguiden har vært et levende instrument som vi etter første intervjuet måtte strukturere litt. Endringen gikk ikke på temaer, men vi laget noen utfyllende spørsmål for å gå mer i dybden og få frem det vi ønsket belyst. Dette er en del av utviklingsprosessen. Dalland (2013) hevder at for å få til gode intervjuer må en ha trening i intervjuprosessen.

## **3.2 Innsamling av data**

I kvalitativ metode benytter en seg av strategisk utvalg. Det vil si at en henvender seg til enkeltpersoner eller grupper som en mener har kunnskap på området (Dalland 2013).

Innsamlingen av data ble gjort i to ulike kommunale instanser og hos en rådgiver på en



utvalgt skole. Informantene ble valgt på bakgrunn av deres erfaring med brukere med en lett-moderat depresjon. Vi ønsket å undersøke hva den enkelte mener er viktig for oss i vårt møte med målgruppen.

### **3.2.1 Presentasjon av informanter**

Første informant var en ung mannlig skolerådgiver som hadde sitt arbeidsfelt i vår kategorigruppe. Informanten hadde høyskolefaglig utdanning med mastergrad i sosialfaglig retning. Hans primære rolle er å ivareta studenter i forhold til psykisk helse og tilrettelegging av studie. Det primære fokuset er individuell forebygging og samtale. Han møter unge voksne i sårbare situasjoner i skolesammenheng. Han var relativt ny i den stillingen, men gav likevel et godt inntrykk av hvordan han møtte mennesker i ulike kriser.

Andre informant var en kvinnelig sykepleier med 30 års erfaring fra kommune helsetjenesten, hvorav de siste 13 årene innen psykisk helse. Informanten er fagansvarlig ved en kommunal psykiatritjeneste som leverer tjenester både ambulant og poliklinisk på kontorene.

Tredje informant er en kvinnelig psykiatrisk sykepleier som har videreutdanning i kognitiv terapi. Informanten er ansatt ved et kommunalt lavterskeltilbud som driver polikliniske timer til de som oppsøker hjelp, eller blir søkt inn via fastlegene i kommunen. Informanten har mange års erfaring i kommunal helsetjeneste.

### **3.2.2 Gjennomføring av intervjuene**

For å gjøre det enkelt og tidsbesparende for informantene, oppsøkte vi dem på deres arbeidsplass. Det er blant annet på disse arenaene vi senere i vårt arbeid som vernepleier kan møte på valgt målgruppe. Vi ble godt mottatt av alle informantene som syntes det var et viktig tema vi hadde valgt å belyse.

Før intervjuene ble gjennomført, hadde vi avklart med informantene om alle fire studentene kunne delta. Hele gruppa var til stede på to av intervjuene, mens det tredje ble gjennomført med to av studentene tilstede. For å være godt forberedt hadde vi arbeidet med intervjuguiden, og laget en plan over fordeling av oppgavene under gjennomføringen av intervjuet. Hvem som skulle være intervjuer, ta notater og ansvar for det tekniske. Gruppen var enig om at alle kunne komme med sine oppfølgingsspørsmål som de ønsket belyst nærmere. Dette ble gjort

når den som intervjuet var ferdig med sine spørsmål. Begrunnelsen var at vi ønsket et ryddig og oversiktlig intervju. For oss var det viktig at vi ikke avbrøt informantene mens samtalen pågikk. Avbrytelser kan være ødeleggende og gi et dårligere intervju (Dalland 2013). Ved å gjennomføre intervjuene på denne måten fikk vi også en liten pause før neste spørsmål. Intervjuene hadde en varighet på mellom 45-60 min. Innledningsvis presenterte vi kort gruppen vår og bakgrunn for valg av tema.

I et forsøk på å skape mest mulig troverdighet og spontanitet i svarene fikk ikke informantene utdelt intervjuguiden på forhånd. Slik vi vurderte det kan dette ha bidratt til at intervjuene ikke ble modifisert etter hvilke svar vi søkte.

### **3.3 Analyse**

Analysen hjelper oss til å finne ut hva intervjuet sier og er en metode der den transkriberte teksten blir delt opp i deler som gir grunnlag for videre vurdering (Dalland 2013).

Analyse og tolkning er sammenfallende. Tidlig i arbeidet vårt kommer analyse i form av bearbeiding og sortering. Tolkningen hvor dataene skal forstås kommer senere. Forarbeidet før intervjuene får konsekvenser for handlingsmulighetene senere i prosessen (Dalland 2013). Hvert intervju ble fortløpende transkribert ord for ord. Ved å overføre lydfilen til tekst fikk vi anledning til å gjenoppleve intervjuene. Samtidig kom vi på tanker som ble gjort under intervjuene, disse ble notert.

Etter at transkriberingen var gjennomført ble teksten delt opp i temaer. Dette kalles tematisk bearbeiding (Dalland 2013). Intervjuet i full tekst ble sortert under aktuelle temaer.

Fargekoder ble benyttet da samme tema kunne gå igjen flere ganger. Dette hjalp oss med å holde oversikt over intervjuet. Etter å ha samlet de ulike temaene i fargekoder kunne vi sette de inn i forskjellige dokumenter. Disse dokumentene ble brukt for å ha en samlet oversikt over hovedtemaene vi kom frem til. Vi opplevde også at svarene informantene gav kunne gå igjen og tilhøre flere temaer. Vi foretok så en vurdering hvor vi måtte se på de ulike svarene og hvilken tyngde de skulle ha. Svarene som gikk igjen hos alle informantene ble tillagt større tyngde enn enkelt svar. I tolkningen av svarene fra intervjuene er det vårt ansvar å trekke ut og formidle det vi mener er viktig. Når vi skiller mellom analyse og drøfting muliggjør vi at leseren kan trekke egne slutninger (Dalland 2013).

### ***3.4 Pålitelighet og gyldighet***

Pålitelighet og gyldighet vurderes fortløpende gjennom alle faser i oppgaven vår. Pålitelighet sier at vi må utføre målinger korrekt og feilmarginer må oppgis om disse skulle oppstå (Dalland 2013). For å ivareta påliteligheten var vi grundige i forarbeidet før intervjuene ble gjennomført, det vil si at vi gikk gjennom intervjuguiden, sjekket hvordan og at det tekniske utstyret virket.

Etter intervjuene var gjennomført prøvde vi fortløpende å transkribere disse. Vi valgte en i gruppen til å gjøre denne jobben, mens hele gruppen gikk igjennom dette ord for ord i etterkant for å høre om lydfilen var riktig transkribert. Vi opplever at dataene som er innhentet er pålitelige ved at vi forsøkte å unngå ledende spørsmål. Vi har jobbet godt sammen som gruppe og vært sammen om gjennomføringen.

Vi startet med å lese oss opp på litteratur som var relevant for den problemstillingen vi hadde valgt. Videre valgte vi noen hovedtemaer som vi ønsket å ha med i intervjuguiden.

Gyldigheten ble sikret ved at informantene kunne gi oss informasjon som belyser problemstillingen. Beslutningene vi trekker er at artikler og valgt litteratur støtter opp om våre funn. Etter intervjuene var gjort spurte vi informantene om de syntes spørsmålene var relevante og det svarte de bekræftende på. I etterkant ses det at gyldigheten kunne økt ved at spørsmålene kunne vært stillt til andre fagfolk for å sikret at de var relevante. Vi er bevisst på at siden vi bare har snakket med tre informanter er det vansker med å generalisere våre funn. Dette gjenspeiler kvalitativ metode.

### ***3.5 Feilkilder***

Ved godt forarbeid og om en er oppmerksom under gjennomføringen av intervjuene så kan en redusere risikoen for feilkilder (Dalland 2013).

Kommunikasjonen er den største faktoren når en snakker om feilkilder. Er spørsmålet stillt så klart at det blir riktig oppfattet? Blir svaret forstått riktig? Blir misforståelser oppdaget? Det kan også oppstå feil når en skal transkribere intervjuene, da det kan være støy som gjør at det blir dårlig lyd og unøyaktigheter kan oppstå, slik at meningsinnholdet endres ved renskriving. Da blir påliteligheten redusert og det kan oppstå feilkilder (Dalland 2013).

For å unngå feilkilder har vi prøvd å være faglig oppdatterte slik at vi forstår de faguttrykk som blir brukt ute i feltet. Vi brukte diktafon og prøvde å plassere den nærmest de som snakket mest, intervjupersonene og den som var intervjuer. Selv om det ble gjort var det ene intervjuet vanskelig å transkribere da vedkommende snakket mye, og til tider lavt.

Bakgrunnsstøy kunne også være en utfordring. Av den grunn var vi spesielt oppmerksom på bakgrunnsstøy ved gjennomføring av siste intervju og dette intervjuet fikk dermed best kvalitet. Det ble også tatt notater underveis for å underbygge viktige synspunkter som kom frem i intervjuet til bruk i analysen. Samt at vi stilte oppklarings spørsmål underveis når vi følte at dette måtte til, for å få hele sammenhengen eller der noe var uklart.

Under de to intervjuene som hele gruppen var tilstede var det lettere for alle å følge godt med på intervjuobjektene, arbeidet med å ta notater ble fordelt på to og en hadde ansvaret for det tekniske. Ved gjennomføringen av det tredje intervjuet der vi bare var 2 gruppemedlemmer tilstede, hadde den en hoved fokus på å intervjuer, mens den andre hadde fokus på det tekniske samt å ta notater. Erfaringen vi gjorde var at det er best å være minst tre personer til stedet ved gjennomføringen av intervjuer.

Vårt inntrykk er at vi har gjort det vi har kunnet for å unngå feilkilder. Vi har prøvd å være nøyaktige både i transkribering og omskrivningsarbeidet og gjengitt informasjon fra intervjuobjektene på riktigst mulig måte.

### ***3.6 Forskningsetikk***

Forskningsetikk handler om planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning. En skal ivareta personvernet og sikre troverdighet av forskningsresultatene. Etikken handler om normer for riktig livsførsel. Står en overfor utfordringer og tunge avgjørelser bruker en etikk som veileder og grunnlag før en tar avgjørelser og handler. Det snakkes om forskningsetikk, yrkesetikk og personlig etikk, men det er ikke grunnlag for å skille mellom dagliglivets etikk og forskningsetikk (Dalland 2013). Gjennom hele prosessen med bacheloroppgaven har vi hatt etiske vurderinger med. Vi er bevisst på gjeldende lovverk i forhold til taushetsbelagt informasjon vi måtte komme bort i (Helsepersonelloven 1999).

Da vi har hatt kvalitativt intervju som metode i oppgaven har vi benyttet oss av flere informanter. Vi har dermed fått ansvar for å forvalte informasjonen de ga oss på en forsvarlig

måte. I forkant av intervjuene fikk informantene informasjon om hvem vi var, oppgavens tema og hva vi ville bruke informasjonen til.

Dalland sier at for mange er det å være anonym en forutsetning for å stille opp til intervju (Dalland 2013). Dette har vi vært bevisst på gjennom oppgaveskrivingen. All informasjon som navn på kommuner, skole eller arbeidsplass er utelatt i oppgaven for å sikre anonymitet.

Vi gjorde bruk av diktafon under intervjuene for å få med oss alt som ble sagt. Dette har vi ansvar for å slette så snart vi ikke har behov for datamaterialet. Dette ble informantene fortalt i forkant av intervjuene. Det ble også spurt om samtykke til bruk av diktafon.

## **4.0 Resultat**

På bakgrunn av analysen fant vi fem hovedpunkt som gikk igjen i intervjuene. Disse var relasjon, nettverk, sykdomsinnsikt, familiesituasjon og mestring. Kjennskap om temaene kan gi oss relevant kunnskap og kompetanse til å møte brukere med mild – moderat depresjon.

### ***4.1 Relasjoner***

Røkenes og Hanssen snakker om relasjonens betydning i faglig arbeid. I helse- og sosialsektoren jobber en ofte med å legge til rette for forandring hos brukerne. Det kan handle om endring av brukerens tenkning, følelser, endring av opplevelser, holdninger eller atferd. Som vernepleier har vi en viktig oppgave i å fremme utvikling, bevisstgjøring, vekst eller mestring hos mennesker med lett – moderat depresjon (Røkenes og Hanssen 2012).

Informantene våre var alle opptatt av betydningen av å skape en god og trygg relasjon med bruker. De mente at kvaliteten på relasjonen er grunnmuren i alt arbeid. «Det å skape en samarbeidsrelasjon mellom bruker og terapeut er grunnleggende og avgjørende for om vi klarer å hjelpe».

Det vektlegges i intervjuene at de som jobber med brukerne har en god teoretisk bakgrunn. Dette for å ha en viss stødighet på hva du skal formidle. Det handler om kunnskap rundt depresjon, måten man snakker til deprimerte på, være bevisst i møte og hvordan man fremtrer.

«Vi tenker mye på holdninger og hva som skjer i relasjonen. Dette går på kompetanse. Derfor tenker vi at det er viktig å ha teoretisk kompetanse som grunnmur.»

Videre fant vi at en sentral egenskap i forbindelse med relasjonsbygging er vår evne til empati med fokus på å være lyttende og bekreftende. Gjennom å være lyttende kan vernepleieren fungere som en nøytral utenforstående person som bruker kan snakke med. Informantene uttrykte også andre egenskaper vi bør inneha: «At en må være interessert i mennesker og nysgjerrig på andre. En må også tørre å stille spørsmål til brukeren.» Det blir videre vektlagt at vernepleieren bør ha det greit med seg selv for å kunne bidra hos andre. Være rolig og trygg på seg selv. Det kan være en fordel å ha opplevd egne utfordringer i livet dette for å se viktige nyanser rundt brukeren.

Observasjon av de nonverbale trekkene hos brukeren er viktig, det kan si oss mer enn ord i noen sammen henger. Som den ene informant sa «Det er forskjell på å si at en er trist og vise at en er trist, og motsatt; det er forskjell på å vise at en er glad og si at en er glad». Videre hevdes det at å ta brukeren på alvor er et viktig moment for å skape en tillitsfull relasjon. Når relasjonen er på plass, er bruker mottagelig for å få informasjon om diagnosen depresjon, og kan lettere fortelle om sitt sykdomsbilde og hva som skjer når depresjonen oppstår. Dette fører til at flere opplever økt innsikt i eget sykdomsbilde.

Det er ikke alltid en klarer å skape en god relasjon i følge informantene. Kjemien mellom bruker og miljøterapeut kan være mangelfull. Skjer det så løses dette med bytte av terapeut. «Det blir fort veldig tydelig om relasjonen ikke er god nok og når en ikke klarer å samarbeide om en utfordring.» I slike tilfeller er det viktig for brukerne at de får tilbud om ny behandler.

## **4.2 Nettverk**

Nettverk kan ses på både som en beskyttelsesfaktor og en risikofaktor. Å ha et godt nettverk kan være med å beskytte personer mot depresjon og det å ha et dårlig nettverk kan være en risikofaktor for utvikling av depresjon. Alle våre informanter vektla betydningen av å ha et godt nettverk rundt seg og såg på det som den viktigste beskyttelsesfaktoren mot depresjon. Det å ha støtte fra sosialt nettverk som familie eller venner betyr veldig mye for den enkeltes psykiske helse. En av informantene kommer med følgende utsagn om det å ha sosial støtte: «Det å ha sosial støtte kan fungere som en buffer» og sier videre:

I vanskelige livssituasjon kan det ha en ganske stor betydning om du har noen å støtte deg på. Det kan være lindrende å ha noen til å hjelpe deg over kneika. Det går både på praktiske ting men også på det å ha noen du kan snakke med, støtte deg på og få bekreftelse av på det følelsesmessige planet.

Alle informantene hadde som rutine å kartlegge den enkeltes nettverk og familiesituasjon ved førstegangs samtale. Brukernes nettverk som familie og venner blir kartlagt og en ser hva brukeren har av ressurser rundt seg. De ser også på boforhold, økonomi, tidligere utfordringer og vansker. Informanten fra skolesektoren vektla å skape gode overganger for nyinnflyttede studenter. Å være ny på stedet kan by på utfordringer som det å skaffe seg et nytt nettverk og delta i sosialt fellesskap. Mistrivsel og mangel på sosialt nettverk kan påvirke ens psykiske helse og informanten mener det er viktig å tenke helhetlig og se ting i en sammenheng.

En informant fortalte at de ser en del yngre velutdannede damer med god jobb, godt nettverk og stabil livssituasjon som møter veggen. Det spesielle med disse er at de ikke benytter seg av nettverket men forsøker å holde dette skjult for sine nærmeste. Dette var overraskende og ny informasjon for oss. Informanten uttalte følgende:

De tok kanskje ikke dette opp i sitt nettverk men holdt det skjult. Det er et nederlag å møte veggen og ikke være vellykket. Disse kvinnene er mestrende på alle punkter, er flinke, har jobb, unger og familie, er aktive på mange punkter og så blir det for mye. Det blir vanskelig å vise dette utad. Vi har gjerne egne forventninger om at vi skal fikse alt og være vellykket. Det er vanskelig å vise at vi ikke helt takler hverdagen og mange opplever dette som et nederlag.

Videre i intervjuet kommer det frem at informanten vektlegger nettverksarbeid: «Det blir litt på det indirekte planet, at man har det som tema i samtaler». Gjennom samtale med bruker tar en opp hva den enkelte kan gjøre for å utvide eller styrke ens eksisterende nettverk. Brukerne ble motivert på å bruke nettverket spesielt når de heller ønsket å trekke seg tilbake.

### **4.3 Sykdomsinnsikt**

Å være deprimert vil si at både psykiske og fysiske funksjoner forandres. En har psykiske symptomer som tristhet, pessimisme og dårlig selvtillit. I tillegg sliter mange med kroppslige forandringer som dårlig søvn, liten appetitt og diffuse smerter i hode, mage eller muskelsmerter (Hummelvoll 2010). En informant sa:

Vi underviser i hva som skjer når en er deprimert, gir de sykdomsinnsikt, så prøver vi å finne en årsak. På de lette til moderate er det alltid en årsak, tror ikke jeg har vært med på en der vi ikke har kommet frem til noe.

Felles for alle informantene er at de både har fokus på å finne brukers ressurser og kunnskap om sykdomsbildet. Gjennom samtale blir det reflektert over hva som skjer når en begynner å bli deprimert. For eksempel at en sover dårligere, spiser lite, lar være å stelle seg, blir hjemme fra jobb eller skole. Samt at en ofte blir trist og nedstemt. En informant sa: «Det er noe med å forstå hva som skjer, å begynne med det, forstå symptom bildet og da få sykdomsinnsikt.»

Under samtalene kan brukeren få forståelse for hva som skjer. Dette kan igjen føre til at de lettere kan kjenne igjen symptomene og forebygge forverring.

En informant vektla å normalisere de reaksjonene brukerne har rundt det å være deprimert. At det er normalt å ha vonde tanker når man er deprimert eller har opplevd livskriser, traumer og lignende.

Søvnproblematikk var også et tema som gikk igjen hos våre informanter. Da mangel på søvn kan føre til nedsatt intellektuell fungering (Folkehelseinstituttet 2013) er det spesielt i skolesammenheng av stor betydning at en tar tak i problemet. Et av intervjuobjektene sier: «Dette med søvn, kosthold, døgnrytme – stimulere til god døgnrytme da dette vil påvirke søvnkvaliteten.» Så det å ha forståelse for sammenhengene er viktig for den enkelte.

Våre informanter ser livskriser som samlivsbrudd, alvorlig sykdom, dødsfall og identitetsproblematikk som risikofaktorer for lette til moderate depresjoner. I aldersgruppen vi har valgt å ta utgangspunkt i er det naturlig at mange kan stå overfor vansker i skolesammenheng, arbeidslivet, samlivsbrudd med mer. Dette må vi i vårt vernepleiefaglige arbeid ha fokus på og være på vakt om vi ser symptomer som tyder på utvikling av depresjon.



Kognitiv terapi blir av informantene navngitt som en del av behandlingen eller samtalen de utfører. De definerer kognitiv terapi som endring av negativt tankemønster. Informantene mener at man først må bekrefte følelsene vedkommende opplever i situasjonen de står i, før man starter med veiledning.

#### ***4.4 Familiesituasjon***

Unge voksnes psykiske helse blir påvirket av foreldrenes psykiske helse og deres sosiale livssituasjon. På spørsmål om genetiske årsaker til depresjon mente informantene at om en blir utsatt for store belastninger og påkjenninger så kan nok alle bli deprimerte. Men de ser også at det er noen «gjengangere». En informant sier at:

Det er en del dysfunksjonelle familier som det går litt i arv i, så helt klart, det har skjedd en ganske stor endring i forhold til før. Terskelen til å søke hjelp er blitt lavere og systemet fanger lettere opp brukere som sliter.

Et viktig tema som ble vektlagt av informantene fra kommunene var om brukeren har barn under 18 år. Da skal situasjonen for disse barna sjekkes ut. «Vi er opptatt av barn som pårørende. Vi presenterer det som en rutine til pasienten at vi skal kartlegge barnets situasjon». Informanten sier de avveier hva som er den voksnes problematikk og de kartlegger barnets situasjon ut i fra det. Kartleggingen går blant annet ut på om barnet har spesielle behov, om barnet allerede er i kontakt med et hjelpeapparat og om den voksne er bekymret for barnet sitt. En ser om barnet har andre omsorgspersoner.

Er vi alvorlig bekymret for noe så er vi pliktet til å melde det videre til andre i Barnevernet. Ser vi at barnet trenger støttetiltak ber vi om samtykke fra foreldrene til å få rådføre oss med andre instanser. Vi tilbyr at barnet kan være med til oss for å få informasjon om mor eller far sin depresjon. Dette er en avveinings sak med tanke på barnets alder og foreldrenes situasjon.

Endring i Helsepersonelloven (1999) fra 1. januar 2010 gir helsepersonell en plikt til å bidra slik at barn som er pårørende får den oppfølging de behøver.

#### **4.5 Mestring**

I arbeidet for å fremme mestring blant brukerne må en forsøke å øke brukernes bevissthet om egne ressurser. Både indre og ytre ressurser som brukerens personlige kvaliteter, muligheten til bruk av mestringsevner en innehar og bruk av sosial støtte. Dette er viktig for å styrke egen OAS (Langeland 2009). Informantene vi intervjuet så på mestring som sentralt i bedringsprosessen. En av informantene hadde følgende uttalelse om mestring: «Mestring går ut på å lære seg å leve med, det å håndtere den situasjonen som en er i her og nå.» Noen kan ha en sårbarhet for depresjon eller reagerer med depresjon innimellom. For enkelte kan depresjon være et mønster som gjentar seg når en står overfor livskriser og situasjoner. Informantene hadde fokus på å hjelpe brukeren til mestring.

Informantene snakket om risikofaktorer som kan medvirke til depresjon. I skolesammenheng kan fravær eller at en ikke leverer studiekrav innen rett dato være en risiko. Å bli hengende etter med skolearbeid kan bli en stressfaktor som kan føre til søvnproblemer.

Gjennom samtale med studentrådgiver kom det frem at studentene står ovenfor ulike krav som de skal mestre:

Studentene stilles overfor forventninger forbundet til eksamen, karakterpress og fravær. Dette kan for noen være overveldende og vanskelig å takle. Noen av de som kommer til meg har tidligere erfart at det har gått dårlig på eksamen.

Dette funnet gjenspeiler funn som kom frem i de andre intervjuene. En del unge opplever redusert mestringsevne i hverdagen. Informantene vektla at målet er å få snu dette med blant annet å få frem situasjoner som brukeren mestrer.

Antonovsky ser på mestringsressurser som sentrale i forhold til å klare utfordringer i hverdagen. Fokus på mestringsressurser kom frem hos dem vi intervjuet. En vektla tilgjengelige mestringsressurser som vesentlig i forhold til sårbarhet for mild – moderat depresjon:

Så tenker jeg jo det at, det spørres jo på hva du har å spille på ellers, av nettverk, har du jobb, har du utdanning, har du familie, har du venner, alle de tingene vil vær med på og avgjøre om, hvor sårbar situasjon du er i tenker jeg.

Informantene som tok opp temaet med de unge velutdannede damene som møtte veggen sier følgende: «Vi prøver i samtale å reflektere rundt hva som er viktig for dem». De må reflektere rundt egne valg, ha ansvar for egne liv, å normalisere reaksjoner. Kanskje er de nødt til å redusere kravene de stiller til seg selv. Og kanskje ser de at de er gode nok uten at de må gjøre alt som de tror forventes av dem.

Informantene vektla at å finne egne mestringsstrategier er viktig for brukeren. Det å ha tilhørigheten til og eie gjør at flere vil kjenne på følelsen av å mestre. Det som intervjupersonene gjorde i sine praksiser var å gi brukeren konkrete oppgaver til neste samtale der de skal prøve ut mestringsstrategier i praksis, så arbeides det videre med hva virket, virket ikke og hvorfor. Intervjupersonene våre nevnte fordelene med fysisk aktivitet, men vi mente det ble lite vektlagt. De så også på gode kostvaner, riktig døgnrytme og sosial omgang som tiltak for å bedre og forebygge tilbakefall av depresjonen. Det at en har fokus på å lære ulike mestringsstrategier og vet hva en skal gjøre i situasjonene er viktig. Depresjon fører ofte til at en trekker seg unna andre mennesker. Da må en ha fokus på viktigheten av å oppsøke nettverket når man selv gjerne ikke orker å ta initiativ til dette.

## **5.0 Drøfting**

I drøftingsdelen presenterer vi funn belyst av aktuell teori. Problemstillingen er aktuell her fordi den er veiledende for hva vi skal besvare. Teoridelen preges av det salutogene prinsippet. Med det menes at man velger å vektlegge helse fremfor å fokusere på sykdom som den enkelte måtte ha, og at alle befinner seg på en pol mellom det som er helse og uhelse (Antonovsky 2012). Vernepleieren skal være en omsorgsperson som åpner for muligheter og samtidig se etter faktorer som kan øke helse.

### **5.1 Relasjon**

Våre funn viser at relasjon blir sett på som en grunnmur. Gjennom å skape en trygg og tillitsfull relasjon legges rammen for endringsarbeid ble det sagt i intervjuene. Studien til Zuroff og Blatt (2006) fremmer også viktigheten av det å skape en god relasjon mellom den

deprimerte og terapeuten. De fant at en god relasjon er med på å fremme et godt behandlingsresultat uavhengig av hvilken terapiform som blir brukt (Zuroff og Blatt 2006). Hva kan vernepleieren gjøre for å bygge en god relasjon til personer med mild-moderat depresjon. Våre informanter mente at det å ha et bevisst forhold til egne holdninger og teoretisk kompetanse kan spille inn på evne til å skape en god relasjon. Dette gikk blant annet ut på væremåte og det å ha en viss stødighet i måten en formidler ting på. Her kan en trekke inn faktorer fra kommunikasjonsmodellen til Røkenes og Hansen (2012). Egenperspektivet går ut på det å være bevisst egne holdninger, menneskesyn og forforståelse i møte med den deprimerte. Den erfaringen vi har fra tidligere vil spille inn på hvordan vi møter og opptrer. I vernepleiernes yrkesetiske grunnlagsdokument (FO 2010) fremmes det at vernepleieren må kjenne til og ha et profesjonelt forhold til egne motiver og verdier. Dette for å kunne vise respekt, åpenhet, tillit og omsorg. Disse egenskapene bør være tilstede for å skape en god relasjon (Bøe og Thomassen 2007). Ettersom det har vist seg at personer med depresjon kan være sårbare og nærtagende (Rettersøl og Ilnes 2008) bør vernepleieren være bevisst på dette i kommunikasjon med bruker. Væremåten vår gjenspeiles blant annet i håndtrykket vårt, om vi opptrer vennlig og imøtekommende. Samt stemmebruk og måten en ordlegger seg på (Røkenes og Hansen 2012).

I intervjuene kom det frem viktigheten av å kjenne seg selv. Gjennom å ha opplevd ting i livet, har en forutsetninger for å sette ting i perspektiv og bli tryggere på seg selv. Selv om etisk kompetanse og refleksjon ikke ble nevnt av våre informanter tenker vi at dette kan bidra til økt innsikt og kvalitet på arbeidet en utfører. Etisk kompetanse og klokskap blir i de yrkesetiske retningslinjene (FO 2010) påpekt som grunnleggende for å kunne møte mennesker på en verdig måte.

Våre funn viste at vi som vernepleiere bør være nysgjerrige, interesserte og spørrende. Dette er egenskaper som kan være nyttige å dra med seg for å fremme brukerperspektivet. Brukerperspektivet (andreperspektivet) i kommunikasjonsmodellen til Røkenes og Hansen (2012) vektlegger at en bør finne ut hvor brukeren er og ha fokus på brukerens egne valg og ressurser. Her kommer også det salutogene perspektivet inn. For å øke brukers følelse av meningsfullhet bør en ha fokus på og arbeide ut fra brukers egne mål (Antonovsky 2012). For å få til dette bør vernepleieren være anerkjennende gjennom å respektere og se brukeren (Røkenes og Hansen 2012).

Vi tolker det slik at grunnmuren for en god relasjon dannes gjennom egenperspektivet og brukerperspektivet. Her blir vernepleieren bevisst på seg selv samtidig som en skaper en kontakt og lærer brukeren å kjenne. Dette tar en med seg videre i det intersubjektive fellesskapet. I det intersubjektive fellesskapet blir meninger og opplevelser delt. Målet er at vernepleieren skal få en forståelse av bruker samtidig som bruker igjen føler seg sett og forstått (Røkenes og Hansen 2012). Våre funn vektlegger evnen til empati. Vi tenker at evnen til empati er viktig i det intersubjektive fellesskapet. Ettersom empati blant annet går ut på å forstå den deprimertes verden fra han ståsted og sette seg inn i brukers følelser. Samtidig bør vi inneha et profesjonelt forhold og være oss bevisst at det er brukerens følelser og ikke våre som er i fokus i samtalen (Røkenes og Hansen 2012). En utfordring på veien til å skape det intersubjektive opplevelsesfellesskapet kan være at den deprimerte kan være taus og innesluttet (Kringlen 2012). Som vernepleiere kan en oppleve at en ikke klarer å danne den relasjonen til bruker som er ønskelig. Informantene våre opplyste at dette skjer i noen tilfeller. Da bør bruker få tilbud om å bytte terapeut slik at han kan få mulighet til å samarbeide med en annen terapeut i behandlingssituasjonen.

Selv om ingen av våre informanter hadde fokus på samhandlingsperspektivet ser vi viktigheten av hele kommunikasjonsmodellen. Hensikten med metakommunikasjon er sammen og reflekter over hvordan en kommuniserer og om en er fornøyd med måten samhandling foregår. Her kan en få frem om bruker føler seg misforstått eller er usikker på noe som er blitt tatt opp i samtalen. Eksempler på metakommunikasjon kan være å stille bruker spørsmål som: Har jeg misforstått noe av det du fortalte meg? eller «Tenker du det er noe vi unngår å snakke om?». Det og metakommunisere kan være vanskelig og krever at bruker føler seg trygg på vernepleieren samtidig som relasjonen bør være preget av likeverd (Røkenes og Hansen 2012). Som nyutdannet vernepleier tenker vi at dette perspektivet kan være viktig for å fremme evnen til refleksjon sammen med bruker samtidig som det gjør oss mer bevisst måten vi kommuniserer på.

For at vernepleieren kan nyttiggjøre seg bruk av kommunikasjonsmodellen tenker vi at evnen til å lytte også spiller en rolle. Det å lytte fremheves som vesentlig i det vernepleierfaglige arbeide for å kunne bygge et tillitsforhold til bruker (FO 2008). Alle vår informanter vektla også det å være lyttende i samtaler med brukeren med lett til moderat depresjon. Gjennom å lytte aktivt kan vi som vernepleiere vise at vi er interesserte samtidig som vi bekrefter brukers opplevelser (Røkenes og Hansen 2012). Langeland påpeker også i sin artikkel at lytting er en viktig egenskap (Langeland 2009).

## **5.2 Nettverk**

Som vernepleiere har vi gjennom vår utdanning hatt fokus på betydning av nettverk og nettverksbygging (FO 2010). Våre funn viser at denne kunnskapen også relateres til arbeid med mennesker med lett-moderat depresjon. Alle informantene hadde fokus på nettverk som en sentral beskyttelsesfaktor samtidig som de var bevisste på at det også kan være en risikofaktor. Som nevnt i teorien finnes det ulike risikofaktorer for utvikling av mild-moderat depresjon. Det er et paradoks at isolasjon og ensomhet kan føre til depresjon når depresjon igjen kan føre til det samme (Retterstøl og Ilnér 2008). Flere av våre informanter vektla å motivere brukere til å benytte seg av nettverket spesielt i situasjoner der de ønsker å trekke seg tilbake. Isolasjon, ensomhet og mangel på sosial støtte kan være en risikofaktor nettopp fordi det å ha en tilhørighet og ha et nært forhold til andre betyr mye for oss som menneske (Retterstøl og Ilnér 2008). En del av det vernepleierfaglige arbeidet er å motivere bruker gjennom å ha fokus på ressurser og positive erfaringer (FO 2008). Dette tenker vi er kompetanse vi kan dra med og nyttiggjøre oss i forhold til nettverksarbeid.

Et interessant funn relatert til nettverk var de unge damene som slet med mild til moderat depresjon. De benyttet ikke nettverket i forhold til å søke støtte, men valgte å holde egne utfordringer skjult. Dette var overraskende og ny informasjon for oss. Vi hadde egentlig ikke reflektert så mye rundt hvorfor mennesker ikke benytter seg av nettverket før denne problemstillingen dukket opp. En mulig årsak til at nettverket ikke ble benyttet kan være redsel for tap av ansikt og aktelse, som igjen kan være en risikofaktor for depresjon (Retterstøl og Ilnér 2008). Vernepleieren kan her være en nøytral utenforstående person som de kan samtale med, som etter Helsepersonelloven (1999) § 21 har taushetsplikt. Det å ha en god relasjon i nettverket kan være en ressurs for å mestre dagliglivets utfordringer (Fyrand 2010). Her kan det muligens også spille inn hvilke krav en føler nettverket stiller til en. Det salutogene perspektivet har fokus på å oppleve livet som håndterbart, en føler de krav som blir stilt er i overenstemmelse med de ressurser en har til rådighet (Antonovsky 2012). Vi som vernepleiere kan da gjennom refleksjon hjelpe brukere til å stille realistiske krav til seg selv.

Fokus på nettverk var fremtredende i alle våre intervjuer. Det å ha et støttende nettverk kan bety mye og være en viktig beskyttelsesfaktor når en opplever stress og kriser i livet (Bø 2012) og er videre en vesentlig faktor for å fremme god livskvalitet (Karnick 2005).

Nettverket kan betegnes som den ytre rammen eller strukturen der innholdet er den sosiale støtten en opplever (Fyrand 2010). En av våre informanter mente at det å ha sosial støtte kan fungere som en buffer i vanskelige situasjoner. Innen det salutogene perspektivet ses sosial

støtte på som viktig for god helse, men for at sosial støtte skal kunne ses på som en mestringsressurs må brukeren selv føle at noen bryr seg og at en har god støtte i hverdagen (Langeland 2011). Våre funn viser at det å få bekreftelse på det følelsesmessige planet er sentralt. Her sier også litteraturen noe i forhold til kvaliteten på støtten ved at emosjonelle bånd er særdeles viktig (Fyrand 2010 og Langeland 2011). Studien til Langeland viser at det er sosial støtte og OAS, spesielt meningskomponenten som fører til endring i OAS og ens livskvalitet. Studien viser også at deltagere med høy symptombelastning klarte å finne mening i å mestre disse og dagliglivets utfordringer. Dette var på grunn av den sosiale støtten de opplevde (Langeland 2009). Hvordan kan vernepleier i møte med bruker med lett - moderat depresjon benytte seg av nettverkstenking. I intervjuene kom det frem hvordan de arbeidet med nettverk, med fokus på indirekte nettverksarbeid, gjennom samtale og veiledning. Felles for alle var at de innledningsvis hadde en kartlegging av brukers nettverk for å finne ressurser og faktorer som eventuelt hadde en negativ effekt. En sentral faktor i behandlingsopplegg for personer med psykiske problemer er fokus på vedlikehold og mestring av sosiale relasjoner. Dette for at personen skal oppleve eget nettverk som trygt og støttende. Samtidig fungerer det forebyggende med tanke på tilbakefall av depresjon (Gundersen og moynahan 2010).

Hvordan en selv oppfatter egen sosial kapital og hvordan en selv opptrer i sosiale settinger, den sosiale selvtilliten, har vist seg å spille inn på individets selvtillit (Schiefløe og Bø 2004 og Fyrand 2010). Som deprimert kan en se negativt på livet og ønske å trekke seg tilbake (Kringlen 2012), en klarer kanskje ikke å se hvordan venner og familie ønsker å bidra. Gjennom samtaler kan vernepleieren prøve å gjøre bruker bevisst på hvilke ressurser som finnes i nettverket. Det å ha et støttende nettverk er avhengig av at begge parter opplever meningsfull kontakt og gir av seg selv (Fyrand 2010). Personer med depresjon kan slite på nettverket ved at de ikke evner å gi av seg selv på grunn av sin sykdom (Kringlen 2012). Nettverket kan også være lite og utslitt av all belastningen den syke har påført det gjennom en periode (Fyrand 2010). Vi som vernepleiere har kunnskap til å hjelpe i nettverksarbeid, sy det sammen og eventuelt reparere hullene så nettverket kan fungere som en buffer og være en ressurs i bedringsprosessen.

Ved å ha fokus på hva som gir glede og meningsfullhet kan vi sammen med bruker sette realistiske mål og krav. I forhold til nettverk kan dette være å oppsøke ulike sosiale arenaer. For eksempel vektla vår informant fra skolesektoren hvor viktig det var å skape gode overganger for nyinnflyttede studenter. Mange flytter til plasser hvor de ikke kjenner noen. Her bør vi som vernepleiere ha kunnskap om ulike sosiale tilbud i området for å fremme til

aktiv deltakelse i sosiale aktiviteter. Dette kan muligens være med på å øke brukers følelse av håndterbarhet og meningsfullhet i tilværelsen ved å legge til rette for sosial støtte og meningsfylte aktiviteter (Antonovsky 2012). Vi skal ha kjennskap til at det finnes ulike lavterskeltilbud som bruker kan benytte seg av.

### **5.3 Sykdomsinnsikt**

Kunnskap om egen sykdom gir brukeren økt innsikt og mulighet til å ta egne valg (Langeland 2011). Våre informanter vektla sykdomsinnsikt som viktig for å få en forståelse for hva som skjer. I forhold til det salutogene perspektivet kan sykdomsinnsikt være med å bidra til at den deprimerte får økt begripelighet. Den deprimerte får da både kjennskap til ulike symptomer og blir bevisst på ulike risiko og beskyttelsesfaktorer. Det er viktig å ivareta brukerperspektivet, dette gjør vi gjennom å ta oss tid til å bli kjent med brukeren og kartlegge hvilke ressurser og hvilke utfordringer han har (Røkenes og Hansen 2012). At brukeren føler seg trygg og det bygges en relasjon blir vektlagt av både informantene og gjenspeiles i brukt teori (Røkenes og Hansen 2012). Når det er dannet en relasjon og bruker føler seg forstått, er han mottagelig for å få informasjon om hva depresjon er, i følge en av våre informanter. Å normalisere tankene, følelsene og handlingene som brukeren opplever under en depresjon oppleves av flere som positivt. Informasjon om at depresjon ofte medfører triste tanker, håpløshet, fortvilelse og ulyst. At en kan oppleve å bli taus og innesluttet, samt isolere seg fra andre. Bagateller kan bli til store problem (Kringlen 2012). Informantene reflekterer med brukeren over kroppslige endringer som skjer når en depresjon oppstår. Det kan være at en spiser lite, sover lite, magesmerter, nedsatt personlig hygiene. Som et resultat av at en sover og spiser lite vil en få redusert energi til daglige gjøremål (Schjødt, Hoel og Onsøien 2012). Det kan oppleves godt for brukeren at det er en forklarlig årsak til de kroppslige endringene (Løkensgard 1995). I følge Antonovsky vil disse refleksjonene gjøre at bruker vil oppleve en større begripelighet når han forstår hva som skjer og det vil bli mer håndterbart og gi mening. Det er viktig at samtalene blir tilpasset brukerens evne til å delta (Antonovsky 2012).

Resultatene viser at når bruker under samtale får økt forståelse og innsikt vil det på sikt føre til at han kjenner igjen symptomene. Dermed vil han kunne forebygge forverring ved å ta i bruk strategier som er kommet frem gjennom samtale med vernepleier. Informantene var opptatt av at brukerne er med å finne egne mestringsstrategier, da det å ha følelsen av



tilhørighet fremmer mestringsfølelsen. Det er viktig at de får lære seg å leve med og få redskaper til å håndtere situasjonen som oppstår. Det å gi brukeren en forståelse av at når du tenker/gjør slik så er det depresjonen som «styrer» deg. Om brukeren da har en plan for hvordan dette bør håndteres så er det i følge informantene sannsynlig at de vil gjennomføre det. Langeland sier at når en gjør beviste valg og handlinger så styrker det mestringsopplevelsen som er viktig i bedringsprosessen (Langeland 2011).

Vi som vernepleiere bør ha god innsikt i lavterskeltilbud i brukeren sin hjemkommune. Dette for å kunne veilede bruker til å benytte seg av tjenester og tilbud som kurser, turgrupper og andre treffpunkt. Disse aktivitetene er det bare til å møte opp på, da en ikke trenger noen henvisning og alle aktivitetene er gratis (Dalgard og Bøen 2008). Informantene hadde god erfaring med Kid-kurs, et lavterskeltilbud mange kommuner benytter. Her kan en treffe andre som er i samme situasjon, eller likepersoner som har vært i sammen situasjon tidligere (Ingeberg, Tallaksen og Eide 2006).

#### ***5.4 Familiesituasjon***

Våre funn viser at informantene var opptatt av barn som pårørende og hvordan ivareta dem på en best mulig måte. Foreldres psykiske helse og sosiale livssituasjon spiller inn på barn og unges psykiske helse (Helsedirektoratet 2010). Det er dokumentert at sannsynligheten for at barn og unge utvikler psykiske plager øker i perioder der foreldre har symptomer på depresjon (Major m.fl. 2011). Informantene belyste at det var en del gjengangere, familier der psykiske plager og depresjon går i arv. Ved store belastninger og påkjenninger kan alle bli deprimert. Barn og unge som vokser opp med foreldre som har en depresjon kan også ha en sårbarhet for å utvikle depresjon senere i livet (Helsedirektoratet 2010).

De to informantene fra kommunene hadde som rutine å kartlegge om brukeren hadde barn under 18 år og videre eventuelt barnas situasjon. Vi vet at barn har mindre mulighet for å påvirke egne rammebetingelser (Major m.fl. 2011) og derfor er det særlig viktig å undersøke barnas situasjon hjemme. Informantene spurte først og fremst foreldrene om de ser barna sine, om de opplever at barna trenger noen å snakke med, forstår de foreldrenes sykdom og hvordan påvirker depresjonen barna. Har vi mistanke om at barnas situasjon er alvorlig har vi som vernepleiere opplysningsplikt til barnevernet etter Helsepersonelloven (1999) § 33. Som helsepersonell skal vi vite om ulike støttetiltak som kan være aktuelle for barna samt å se til at

barnet får forsvarlig oppfølging i den voksnes sykdomsperiode (Helsedirektoratet 2010). Dette er viktig for å forebygge og fremme god psykisk helse hos barnet.

### ***5.5 Mestring***

I Vifladt og Hopens (2004) definisjon av mestring tar en utgangspunkt i at mestring handler om å ha krefter til å møte utfordringer og få kontroll over eget liv. En må også lære seg å se forskjellen på det en må leve med og det den enkelte selv kan endre.

I resultatdelen fant vi at informantene så på mestring som sentralt. Brukere som opplever depresjon bør lære seg å håndtere utfordringer dette medfører. Depresjon er ofte en tilbakevendende sykdom, har en hatt flere tilfeller av depresjon er risikoen større for tilbakefall (Berge, Ekelund og Skule 2004). For at informantene skulle hjelpe brukerne med å mestre hverdagen så de på hvilke mestringsressurser den enkelte hadde tilgjengelig.

Antonovsky hevder at personer som har tilgang på og bruker mestringsressursene de selv har og som er i omgivelsene, evner å mestre utfordringer og får erfaringer som videreutvikler OAS (Langeland 2011). Studierådgiveren vektla at for nyinnflyttede var det viktig å danne seg et nytt nettverk for slik å oppnå sosial støtte. Han påpekte betydning for en person å ha noen som bryr seg om en, og som kan være til hjelp og støtte i krisesituasjoner (Langeland 2011).

Informantene hadde i samtaleene også fokus på viktigheten av nok søvn da mangel på søvn er en risikofaktor for depresjon (Folkehelseinstituttet 2013). For å unngå dette problemet kan vernepleieren informere målgruppen unge - voksne med depresjon viktigheten med faste rutiner med regelmessig leggetid. Unngå stimulerende midler om kvelden som kaffe, cola, alkohol og tobakk og unngå voldelige/opprivende filmer på sen kveldstid. Studierådgiveren så på viktigheten av nok søvn da mangel kan føre til nedsatt kognitiv og intellektuell fungering (Folkehelseinstituttet 2011). Han lærte derfor brukerne avslapnings- og pusteteknikker som kunne være til hjelp i en stresset eksamensperiode. Dette er teknikker som og kan være til hjelp ved søvnproblemer (Retterstøl og Ilnér 2008).

Funn viser at skal vernepleieren være til hjelp og støtte i møte med brukeren som har en depresjon må en sammen prøve å finne frem til hvordan de kan mestre livets utfordringer. Informantene forsøkte sammen med bruker å finne den enkeltes ressurser og kartlegger

ressurser den i nettverket og lokalmiljøet. Vi har i oppgaven vektlagt Antonovsky og hans nøkkelbegrep OAS i forhold til hva som er helsefremmende. Gjennom livet utsettes en for stadige indre og ytre stimuli. Opplever en stimuliene som begripelige og håndterbare, kan dette gi den enkelte bedre helse. Mestring fører som oftest til helsefremming. Oppfattes utfordringen en møter i livet som for eksempel tap av nære personer, krav i forhold til skolegang som begripelige, vil dette beskytte mot forverret helse da en i større grad forstår og ser sammenhenger. Brukeren opplever da at han/hun får tillit til at fremtidige utfordringer også vil kunne være begripelige. Ut i fra et salutogenetisk perspektiv er det viktig at en opplever vanskelige situasjoner som håndterbare, at en har motstandsressurser. Det kan være indre ressurser som trygghet, god selvtillit, ferdigheter og kunnskaper. Samt ytre ressurser som gode venner, steder en kan henvende seg for hjelp og tilfredstillende økonomi. De menneskene som opplever livets ulike sider som meningsfulle, vil se at det er verdt å engasjere seg i utfordringene som kommer og kjempe seg igjennom dem (Bøe og Thomassen 2007).

Som vernepleiere skal vi tilrettelegge for oppleve av mestring (FO 2008). Våre funn viser at som et ledd i behandlingen fikk brukerne hjemmeoppgaver. Målet med hjemmeoppgavene er at bruker føler økt mestring av dagliglivet som også vil kunne gi økt selvbilde. Dette var oppgaver som de i fellesskap hadde kommet frem til gjennom samtale, og som bruker skal teste ut til neste time. Hjemmeoppgavene kan være enkle ting som faste måltider, søvnrytme, husarbeid, fysisk aktivitet til mer krevende oppgaver. Det å mestre hjemmelekser kan muligens føre til økt opplevelse av håndterbarhet. Ved at en får tilpassede oppgaver vil en i større grad kunne føle at egne ressurser strekker til. Samtidig kan dette virke motiverende noe som også kan virke positivt inn på helsen til den deprimerte (Langeland 2011).

Informantene så på betydningen av å være fysisk aktiv, men dette ble lite vektlagt i behandlingen. Vi har gjennom vårt arbeid med oppgaven sett viktigheten av fysisk aktivitet for mennesker som sliter med lett til moderat depresjon. Det refereres til Johan Kaggstad i en artikkel i Bergens Tidende (BT) der han sier at « Noe av den primære effekten av trening, er at du mestrer kroppen bedre»(Furdal 2014:30). Han sier videre at trening gir bedre selvfølelse og motvirker angst og depresjon. En sover bedre, kan få kroppslige endringer som gir bedre selvbilde og en takler bedre stress. Kaggstad var en pioner i sitt arbeid med å bruke fysisk aktivitet innen psykiatrien. Ved Modum Bads Nervesanatorium drev han i 14-15 år to ukentlige treninger for pasienter med moderat depresjoner og angst. Erfaringene fra Modum endte i doktorgradsavhandling der professor i psykiatri Egil W. Martinsen konkluderte med at

trening har like god effekt som medikamenter på milde til moderate former for depresjoner (Furdal 2014). Martinsen mener det er godt dokumentert at fysisk aktivitet også gir effekter som bedre selvfølelse, overskudd og energi, kreativ tenkning, bedre søvn og opplevelse av mestring. At fysisk aktivitet har sammenheng med sinnets helse har vært lenge kjent. Søren Kirkegaard snakket om å gå tunge tanker av seg og Nelson Mandela mente at trening løser opp spenninger, og spenninger ødelegger sinnsroen (Martinsen 2000).

Helsedirektoratet (2010) har og stort fokus på effekten av fysisk aktivitet. Ved å være i aktivitet kan en avlede negative tanker og spenningsnivået i kroppen reduseres. En målsetting i arbeidet med mild - moderat depresjon bør være å få de som er mest fysisk inaktive til å endre livsstil og øke eget aktivitetsnivå (Helsedirektoratet 2010). I vårt arbeid kan vi oppmuntre til å være i fysisk aktivitet, men vi må ha respekt for at det ikke er alle som er like motivert eller orker å komme i gang med trening. Det er da viktig å ta små steg om gangen så ikke den deprimerte mister motet, men finne noe som er lystbetont og som en gjerne har drevet med før.

Våre funn viste at det er en del unge velutdannede damer som møter veggen. Selv om de tilsynelatende har mestringsressurser som sosial støtte i sitt nettverk velger de å ikke bruke dem. Langeland (2011) ser på helsefremmende faktorer som å utvide mestringsressursene. Et salutogent fokus vil si at en forsøker å få brukeren til å oppnå høyest mulig grad av helse. Egoidentitet er en mestringsressurs som handler om personlig opplevelse. I tilfellene med damene må en da gjerne fokusere på først å tilføre ressurser, enn å lete etter årsaken til at de møter veggen. Det er viktig å se på hva som fungerer bra og hva de har gode erfaringer med. Stille løsningsfokuserte spørsmål som stimulerer bruker til å få fokus på hvilke ressurser en har tilgjengelig. En kan dele gjøremål inn i delmål og ta ting steg for steg for slik å øke mestringsfølelsen. Å kunne ta valg og takke nei er også en faktor for å fremme egoidentitet og psykisk helse (Langeland 2011). Her må vi gjerne oppmuntre damene til å reflektere over hva som er viktig for dem og hvordan de kan sette grenser. Ved å ta valg tar en også ansvar for de valgene man ikke tar. Bevistgjøring om den enkeltes behov og valg er viktig å få frem i kommunikasjon med andre. For å skape trygghet og tillit i samspill med mennesker er tydelighet en avgjørende faktor for den sosiale kompetansen (Langeland 2011). Dette er viktige mestringsstrategier som brukerne må lære. Ved å ta ansvar for eget liv og på denne måten lærer seg selv å kjenne, får brukeren fokuset over på muligheter (Almvik og Borge 2012). I vernepleiernes yrkesetiske grunnlagsdokument (FO 2010) står det om myndiggjøring. Dette innebærer at bruker hjelpes til å mobilisere og bruke egne ressurser. Dette for å oppleve

mestring, få innflytelse og styring over eget liv. I arbeidet står sentrale begreper som respekt og verdighet. Det er elementer vi må ha med oss i alt vernepleiefaglig arbeid.

## **6.0 Avslutning**

Gjennom oppgaven har vi jobbet mot en konklusjon. Problemstillingen er ledende for hva vi har forsøkt og besvart. Vi har funnet at som vernepleiere har vi mye å bidra med i møte med mennesker med mild – moderat depresjon. Det fremkommer av intervjuene at relasjonen er grunnmuren hvor man skaper grunnlaget for samhandling. Uavhengig av behandlingsmetode kan man legge til rette for endring bare ved å ha en god relasjon (Zuroff og Blatt 2006). Vi har brukt Røkenes og Hanssens kommunikasjonsmodell (2012) da den belyser de ulike perspektivene for kommunikasjon. Den har gjort oss bevist på betydningen av vår rolle for å skape en god relasjon. Vernepleieren skal ha et bevist forhold til sine egne holdninger og hvordan disse påvirker de vi samhandler med. Samtidig som vi må opptre bekræftende, lyttende og inneha evnen til empati. Nettverksarbeid ses på som både en risiko og beskyttelsesfaktor. God sosial støtte blir sett på som en sentral mestringsressurs, lite eller et hullede nettverk ses på som en risikofaktor. Når brukeren ønsker å trekke seg tilbake bør vi som vernepleiere motivere han til å oppsøke sosialt fellesskap. Det har kommet frem av både informanter og teori at bruker kan slite ut det nære nettverket. Vi som vernepleiere bør være oppmerksom på dette. Gjennom indirekte nettverksarbeid kan vernepleieren veilede i forhold til hvordan bruker kan styrke og benytte seg av sitt nettverk. Hvordan bruker oppfatter sitt eget nettverk er av stor betydning for selvtillit og er avgjørende i bedringsprosessen (Fyrand 2010). Vi som vernepleiere bør også ha kunnskap om at det å gi bruker innsikt i sykdomsbilde kan hjelpe dem til å få større begripelighet av depresjonen. Gjennom å gi brukerne sykdomsinnsikt får de en forståelse av hva som skjer og kjenner igjen symptomene. Dermed kan de benytte mestringsstrategier og forebygge utvikling av sykdomsbilde (Langeland 2011). Kan vi som vernepleiere normalisere tanker og følelser brukere opplever bidrar det til at de opplever sykdommen mer positiv. Under nettverkskartleggingen må vi spesielt finne ut om det er barn involvert. Vi er forpliktet av lovverket å bidra til barns velferd og se til at de blir fulgt opp under mors eller fars depresjon. Alvorlig omsorgssvikt skal alltid varsles og er gjennom lov og yrkesetiske retningslinjer fastsatt. Våre yrkesetiske retningslinjer (FO 2010) sier at vi gjennom arbeid med ulike mennesker alltid skal sette opplevelse av mestring høyt og

i stor grad bidra til mestringsfølelse. Arbeidet gjøres sammen med brukeren og ofte indirekte gjennom samtale. Det er viktig at brukeren selv opplever at de kommer frem til en løsning. Mestringsressurser er sentralt for å klare dagliglivets utfordringer (Antonovsky 2012) og som vernepleiere kan vi hjelpe brukerne å finne egne ressurser. En mestringsressurs som går igjen i litteraturen er fysisk aktivitet og vi har ser betydningen av dette i vårt vernepleiefaglige arbeid. Som vernepleiere ønsker vi å legge til rette for en endring samtidig som vi ønsker at mennesket skal utvikle seg. Den viktigste oppgaven vi gjør er å bidra til økt læring og utvikling. Dette vil gi mestring og vekst. Som fagperson møter vi brukeren i en sensitiv situasjon og ofte i krise. Brukere møter ofte fagfolk med redsel og frykt for hva som kommer til å skje. De ønsker samtidig å oppnå bedring. Dette må vi være var på i hvert enkelt møte. Vi må være bevisst vår kommunikasjon ved å snakke på en måte som gjør at de forstår oss. Vi vil være forsiktig med å gi råd, men sammen komme frem til løsninger gjennom refleksjon. Positiv tilbakemelding bidrar til å øke den fremgangen som ønskes i utvikling- og bedringsprosessen hos brukeren (Wormnes 2013). Gjennom å ha fokus på de fem hovedpunktene relasjon, nettverk, sykdomsinnsikt, familiesituasjon og mestring ønsker vi å bidra slik at bruker kan få økt opplevelse av sammenheng. Dette kan igjen føre til at bruker mestrer sin depresjon og får opplevelse av økt helse og livskvalitet.

## Litteraturliste

- Almvik, A. & Borge, L. (2012). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berge, T., Ekelund, M. & Skule, C. (2004). Kurs i mestring av depresjon – forebygging av tilbakefall. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41. s.282-290.
- Bø, I. (2012). *Barnet og de andre: Nettverk som pedagogisk og sosial ressurs*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bøe, T. D & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid: Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalgard, O. S. & Bøen, H. (2008). *Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- FO (2008). *Om vernepleieryrket*. Hentet: 23/4-14 fra:  
[https://www.fo.no/getfile.php/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/\\_Om%20vernepleieryrket\\_A5.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/_Om%20vernepleieryrket_A5.pdf)
- FO (2010). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere*. Hentet 10/2-14 fra:  
[https://www.fo.no/getfile.php/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/Yrkesetisk\\_2011\\_lav%281%29.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/Yrkesetisk_2011_lav%281%29.pdf)
- [Folkehelseinstituttet. \(2013 12. desember\). Anbefaler forebygging av søvnevansker. Hentet 20.3.2014 fra http://www.fhi.no/artikler/?id=87958](http://www.fhi.no/artikler/?id=87958)
- Folkehelseinstituttet. (2014 A, 31. januar). Psykiske plager og lidelser hos voksne – fakta ark med helsestatistikk. Hentet 20.3.2014 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=42699>
- Folkehelseinstituttet. (2014B 3. januar). Psykisk helse i Norge. *Risiko og beskyttelsesfaktorer*. Hentet 30. Mars. 2014 fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=104091>.
- Furdal, T. (16. Mai 2014). Trening gjør dårlige dager bedre. Bergens tidende, S. 30 og 31.
- Fyrand, L. (2010). *Sosialt nettverk*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

- Gundersen, K. & moynahan, I. (2010). *Nettverk og sosial kompetanse*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.  
Hentet 5/4-14 fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primær--og-spesialisthelsetjenesten/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet (2010). *Folkehelsearbeidet- veien til god helse for alle*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2012). *ICD-10: den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v.* Hentet 3. Mai fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Hummelvoll, J.K. (2010). *Helt – ikke stykkevis og delt*. 6.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ingeberg, M. H, Tallaksen, D. W & Eide, B. (2006). *Mentale knagger; en innføring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Akribe forlag.
- Jacobsen, D. I. (2013). *Forståelse, Beskrivelse og Forklaring*. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Karnic, P.M. (2005). Feeling lonely: Theoretical perspectives. *Nursing Science Quarterly*, 18, 7-12.
- Kringlen, E. (2012). *Depresjon*. Stavanger: Hertervig akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Forskning*, nr. 4, 2009; 4: 288-296.



- Langeland, E. (2011). Salutogene samtalegrupper. I: Lerdal, A. & Fagermoen, M. S (red). *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk Forlag, s.208-234.
- Linde, S. & Nordlund, I. (2006). 2 utg. *Innføring i profesjonelt miljøarbeid: systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Løkensgard, I. (1995). *Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Major, E.F. M.fl. (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Martinsen, E.W. (2000). Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidskrift for den norske legeforening, nr. 25-20. Oktober 2000*; 120:3054-6.
- Mykletun, A, Knudsen, A.K. & Mathiesen, K.S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Owren, T. & Linde, S. (2011). *Vernepleierfaglig teori og praksis: Sosialfaglige perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Retterstøl og Iler (2008). *Mestring av livsvansker*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Røkenes, O.H. & Hanssen, P-H. (2012). *Bære eller breste*. 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schieflo , P.M. & Bø, I. (2004). *Sosiale landskap og sosial kapital: Innføring i nettverkstenkning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schjødt, B.R, Hoel, A.K, & Onsjøien, R. (2012). *Psykisk helse som kommunal utfordring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skau, G.M. (2011). *Gode fagfolk vokser*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk Forlag
- Vifladt, E. & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk. Samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom
- Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk. Oslo
- Zuroff, D.C. & Blatt, S.J. (2006). The Therapeutic Relationship in the Brief Treatment of Depression: Contributions to Clinical Improvement and Enhanced Adaptive Capacities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 74, (1): 130-140.