

Eldre deprimerte på sykehjem

- hvordan kan sykepleier bidra til å fremme mening?

Kandidatnummer: 1064
Diakonhjemmet Høgskole

Bacheloroppgave
Bachelor i sykepleie
Kull: 11 SYKHEL

Antall ord: 11010

13.03.2014

Sammendrag

Tittel: «Eldre deprimerte på sykehjem»

Problemstilling: «Hvordan kan sykepleier bidra til at eldre med depresjon på sykehjem kan oppleve mening?»

Formål: Forskning viser at opp mot 40 % av beboere på sykehjem er deprimerte eller har depressive symptomer. Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleier kan bidra til at disse beboerne kan oppleve mening.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, med bruk av 6 forskningartikler.

Konklusjon: Å bety noe for noen og føle at en er verdifull er viktig for å kunne oppleve mening. Sykepleier er en viktig ressurs i forhold til dette overfor deprimerte beboere på sykehjem. Mening kan skapes gjennom relasjonen til sykepleier, samtidig som en god relasjon er grunnleggende i arbeidet for å øke beboernes selvaktelse, slik at han kan føle seg verdifull. Det er viktig at sykepleier praktiserer individuelt tilpasset sykepleie, og ser og respekterer hver enkelte beboer for den de opplever å være.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Presentasjon av problemstilling	6
1.3 Avgrensing av oppgaven.....	6
1.4 Begrepsavklaring	7
2 Teori.....	8
2.1 Depresjon.....	8
2.1.1 Opplevelsen av depresjon	9
2.1.2 Ulike grader av depresjon	10
2.1.3 Depresjon hos eldre.....	11
2.1.4 Depresjon blant eldre på sykehjem	12
2.2 Sykepleie til eldre med depresjon.....	13
2.3 Om mening - å finne mening i lidelse	15
3 Metode.....	18
3.1 Hva kjennetegner metode?	18
3.2 Litteraturstudie som metode	18
3.3 Kildekritikk.....	18
3.4 Kriterier for utvelgelse av artikler	19
3.5 Litteratursøk.....	20
3.6 Forskningsetikk	21
4 Funn.....	22
4.1 Presentasjon av forskningsartikler	22
4.2 Fortolkning av sentrale temaer i forskningsartiklene	24
5 Drøfting	25
5.1 Betydningen av sykepleiers verdigrunnlag og holdninger	25
5.2 Mening gjennom relasjoner	26
5.3 Mening i forhold til beboerens egen innstilling og indre dialog	29
5.4 Betydningen av bekreftelse og respekt for å ivareta beboerens identitet og autonomi ..	31
5.5 Mening gjennom deltakelse i aktiviteter	32
6 Konklusjon	34
Litteraturliste	36

1 Innledning

I valg av tema for bacheloroppgaven var det viktig for meg å velge et område som er aktuelt, samt et emne som interesserer meg og hvor jeg har egne erfaringer fra praksis. Jeg har lenge interessert meg for begrepet mening, om tanker om hva mening er, hva som kan skape mening og hva som oppleves som meningsfullt. Betydningen av mening og meningens innhold har vært gjenstand for mye tenkning opp igjennom historien. Nietzsche skriver at «den som har et *hvorfor* å leve for, kan utholde et nesten ethvert *hvordan*» (Nietzsche sitert i Travelbee 2001, s.225). Det virker som det er en enighet om at mening og håp er to av de mest grunnleggende drivkreftene i menneskers liv (Kristoffersen, Breievne og Nortvedt 2011), og at det som gjør livet verdt å leve, nettopp er at det blir fylt av meningsfullt innhold (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008). Mening er således også et sentralt begrep for sykepleiere. Et av sykepleiens særegne domener er menneskers opplevelser og erfaringer i møte med sykdom og lidelse, og en viktig sykepleieoppgave går ut på å hjelpe mennesker som opplever uunnngåelig lidelse til likevel å kunne se mening i sin tilværelse (Kristoffersen et al. 2011). Dette er en spesielt viktig oppgave overfor mennesker som er deprimerte, hvor følelsen av meningsløshet er et av selve kjernesymptomene ved deres lidelse (Hummelvoll 2012). Mennesker med depresjon har kanskje heller ikke vilje eller evne til å kunne hjelpe seg selv til å identifisere eller skape mening, og trenger derfor ofte hjelp til dette av en profesjonell hjelper, for eksempel av sykepleier.

En av de meste sårbare gruppene i samfunnet er eldre beboere på sykehjem (Kirkevold et al. 2008). Folkehelseinstituttet [FHI] skriver i rapporten *Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser* (2011), at depresjon forekommer hos 19% av de over 60 år, mens forekomsten av depresjon blant eldre på sykehjem er dobbelt så høy som dette. Jeg har selv erfaringer fra møter med denne pasientgruppen som sykepleiestudent i sykehjemspraksis, hvor jeg da satt igjen med en følelse av en slags avmakt og utilstrekkelighet i forhold til hva jeg skulle gjøre og hvordan jeg kunne hjelpe. I praksis fikk jeg inntrykk av at de eldres åndelige og psykiske behov ikke ble prioritert og fokusert nok på sett i forhold til deres somatiske sykdommer og nedsatte fysiske funksjon. Jeg fikk ikke inntrykk av at dette var på grunn av manglende vilje til omsorg for de eldre blant de ansatte, men kanskje heller på grunn av stort tidspress, manglende rutiner, samt mange ufaglærte og høy grad av utskiftning i

personalet. Som fersk sykepleiestudent manglet jeg sannsynligvis selv tilstrekkelig kompetanse i psykisk helsearbeid, samt kommunikasjonsferdigheter som kunne hjulpet meg til bedre å kunne stå i utfordrende situasjoner med beboere med depresjon, men opplevde også at det noen ganger kunne være vanskelig for meg selv å se mening i en tilværelse på sykehjem. Og hvordan kunne jeg da hjelpe beboerne til å finne mening, når jeg selv opplevde å se meningsløshet?

Jeg ønsker derfor å finne ut av hvordan sykepleier i kraft av seg selv, og gjennom etableringen av en god relasjon til pasienten, forhåpentligvis kan hjelpe den eldre deprimerte til å kunne se og oppleve mening i sin tilværelse på sykehjemmet og i sin siste fase i livet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Helsedirektoratet [HDI] anslår at hver femte nordmann vil få en depresjon i løpet av livet (Helsedirektoratet 2009). Verdens helseorganisasjon rangerer depresjon på en fjerdeplass på listen over sykdommer i verden som medfører størst tap av livskvalitet og leveår. De anslår også at depresjon om 20 år vil være den sykdommen som i størst grad kommer til å tyngde helsevesenet (ibid). Forekomsten av depresjon på sykehjem er som nevnt opp mot 40 % (FHI 2011, Moksnes 2007). Sykehjemsbeboerne er i sin siste fase av livet, og har kanskje opplevd omfattende tap, av nære pårørende, sosialt nettverk, posisjon, egen helse og funksjonsevne (Hummelvoll 2012). Risikoen for denne typen tap øker etter hvert som man blir eldre, og man mister kanskje mer og mer av det oppleves som verdifullt i livet (Karoliussen og Smebye 2000). Slike tap kan være belastende nok i seg selv, men i tillegg fører også biologiske endringer i aldringsprosessen til at eldre kan få redusert reservekapasitet til å takle tapene og de omveltningene som vil skje i kjølevannet av disse. Tilsammen kan dette føre til en økt sårbarhet også overfor å utvikle psykiske lidelser (Kirkevold et al. 2008). I tillegg til å gi nedsatt livskvalitet i seg selv, øker depresjon risikoen for andre somatiske sykdommer, begrenser levealderen betraktelig og er en prediktor for mortalitet (FHI 2011).

Ifølge folkehelseinstituttet (2011) har det vært lite oppmerksomhet rundt eldres psykiske helse frem til nå. Det er grunn til å tro at depresjon blant eldre er underdiagnostisert og at

mørketallene derfor er store, av forskjellige årsaker. For eksempel kan mange eldre ha atypiske symptomer på depresjon som gjør at den ikke så lett blir oppdaget, eller de søker ikke hjelp fordi de tenker dette er en del av en naturlig alderdom (Moksnes 2007). Jeg ser det derfor som viktig med økt fokus på dette tema, og at økt kompetanse blant sykepleiere på sykehjem er nødvendig for å kunne avdekke og behandle depresjon hos beboerne.

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av dette formulerer jeg derfor denne problemstillingen:

Hvordan kan sykepleier bidra til at eldre med depresjon på sykehjem kan oppleve mening?

1.3 Avgrensning av oppgaven

Sykepleie som fag har mange funksjonsområder overfor pasienter. Dette er blant annet helsefremming og forebygging, behandling, lindring og rehabilitering (Kristoffersen et al. 2011). I denne oppgaven velger jeg å først og fremst ta for meg sykepleiers tilnærming til beboere med depresjon med fokus på behandling og lindring. Forebygging og kartlegging av depresjon blir derfor utenfor oppgavens rammer, selv om mange av tiltakene som drøftes også vil kunne ha en forebyggende effekt.

Jeg vil i oppgaven ta for meg sykepleie til eldre som bor og har langtidsplass på en somatisk avdeling på et sykehjem, og som opplever enten depresjon av mild til moderat grad, eller dystymi, som er en lettere depressiv tilstand som ofte vedvarer over flere år (Hummelvoll 2012). Jeg vil ikke inkludere alvorlige depresjoner, som er en alvorlig og akutt tilstand som som regel vil trenge sykehusinnleggelse, men vil altså ta for meg de mildere formene for depresjon man ofte møter på sykehjem.

Jeg velger å ikke gjøre noen avgrensning i forhold til hvilke andre sykdommer beboerne har ellers, selv om andre sykdommer kan ha stor betydning for hvorfor beboeren er deprimert og for hva slags behandling han bør få. For eksempel har opp mot 80 % av sykehjemsbeboere en eller annen form for kognitiv svikt, som ofte henger nøye sammen med en eventuell depresjon

(Kirkevold 2008). I denne oppgaven velger jeg derimot å ikke gå inn på slike sammenhenger, men heller se på sykepleie til deprimerte som helhet. Sykepleier bør gi individuelt tilpasset sykepleie til hver enkelt pasient ut ifra hva årsaken til hans depresjon er, men viktigheten av fokus på mening og håp er noe allmennmenneskelig som sykepleier kan dra nytte av i møte med alle mennesker som sliter med depresjon (Kristoffersen et al 2011).

1.4 Begrepsavklaring

Jeg vil i oppgaven bruke betegnelsen beboere om pasienter som bor på sykehjem, for å tydeliggjøre at dette er deres hjem. Med langtidsavdeling mener jeg somatisk avdeling på sykehjem, som er et tilbud beregnet på fysisk syke og skrøpelige eldre som har behov for døgnkontinuerlig pleie (Hauge og 2008). Med eldre forstår jeg personer over 65 år (Kirkevold et al. 2008). Begrepene depresjon og mening vil jeg forklare nærmere i neste kapittel.

2 Teori

Jeg vil i dette kapitlet gjøre rede for faktagrunnlaget for oppgaven, ved å se på teori omkring depresjon generelt, hvordan depresjon gir seg utslag hos eldre spesielt, og trekke inn perspektiver på hvordan dette kan fortone seg blant eldre på sykehjem. Jeg vil deretter presentere hva sykepleieteori sier om sykepleie til eldre med depresjon, og hva som er sykepleiers spesifikke rolle i møte med denne pasientgruppen. Deretter vil jeg se på fenomenet mening, og begrunne hvorfor dette er et så sentralt begrep i forhold til mennesker med depresjon. Jeg vil her trekke inn Viktor Frankls teorier om mening og hvordan mening kan skapes, og videre presentere sykepleieteorien til Joyce Travelbee. Travelbee baserte sine antagelser om mening og lidelse på nettopp Frankls ideer, og jeg vil se på hvordan hun trekker hans forståelse av mening og lidelse inn i et sykepleieperspektiv, og inn i en forståelse av hvordan sykepleier kan bidra til å hjelpe et annet menneske til å se mening også i møte med lidelse.

2.1 Depresjon

Depresjon er en psykisk lidelse hvor de tre hovedkriteriene for diagnose ifølge det internasjonale diagnoseverktøyet ICD-10 er: 1. depressivt stemningsleie, 2. interesse- og gledesløshet, og 3. energitap eller økt tretthet (ICD-10). For å få diagnosen depresjon må man minst ha to av disse symptomene. Årsaken til hvorfor noen utvikler slike symptomer er stadig gjenstand for diskusjon, og det finnes mange ulike modeller og teorier som søker å forklare fenomenet depresjon. Blant annet kan genetiske faktorer spille inn og fortelle oss noe om hvor disponert en person er for å utvikle depresjon, eller biokjemiske endringer i hjernen kan lede til (- eller komme som en konsekvens av?) en depresjon (Hummelvoll 2012). Depresjon kan også forklares som resultat av forstyrrede tankeprosesser eller lært hjelpeløshet (ibid).

Jeg vil ikke her gå videre inn på hva de ulike årsaksforholdene til depresjon kan være, men heller se på hvordan depresjon oppleves for den enkelte. Selve ordet depresjon kommer opprinnelig fra latin og betyr nedtrykking (Hummelvoll 2012). Depresjon er en subjektiv

opplevelse for den deprimerte som eies av han alene, men ettersom nedtrykthet er noe allmennmenneskelig vil det likevel være mulig for andre å ane hvordan hans opplevelse av sin virkelighet er (Hummelvoll 2012). Sykepleiers fokus bør derfor være på den deprimertes opplevelse av å være deprimert, og hvilke symptomer som gir lidelse for ham, for så å kunne hjelpe ham til å mestre, lindre og bearbeide opplevelser og erfaringer knyttet til dette (ibid).

2.1.1 Opplevelsen av depresjon

Ifølge Kerr (1987/88) er den deprimerte:

«..en person som har mistet troen – troen på seg selv, andre mennesker, troen på livet og på en høyere makt. Den deprimerte persons ånd er undertrykket, og hans sinn er fylt av fortvilte tanker. Kroppen oppleves som langsomt-fungerende, matt og kraftløs»
(Kerr 1987/88 i Hummelvoll 2012).

Å føle seg nedtrykt og å oppleve sorg er en mulig og nødvendig del av livet hos alle mennesker (Hummelvoll 2012). Sorgens utgangspunkt er opplevelser av tap av noen eller noe man har kjært eller verdsetter i livet, f.eks. tap av en person eller av egen helse (Kristoffersen et al. 2011). I motsetning til sorg kan depresjon beskrives som en uhensiktsmessig reaksjon på sorg og tap, hvor bearbeidelsen av sorgen kanskje stopper opp eller undertrykkes, eller hvor personen opplever en uklar følelse av tap som han ikke klarer å plassere eller bearbeide. En person som opplever sorg vil enkelt kunne identifisere hva objektet for tapsopplevelsen er, mens dette for den deprimerte kan fortone seg som mer diffust. Han kan oppleve å føle på en eksistensiell tvil over selve livet og tilværelsen, og miste følelsen av mening og håp, samt vilje og lyst til å leve (Hummelvoll 2012).

Symptomene på depresjon kan være mange, og vil variere fra person til person ettersom årsakene til depresjonen er ulike og sammensatte. Selv om depresjon klassifiseres som en psykisk lidelse, gir den seg utslag ikke bare i psykiske, men også kroppslige symptomer. De mest fremtredende symptomene på depresjon er tristhet, pessimisme og lav selvaktelse. Personen føler ofte sterk skyldfølelse og bebreider seg selv. Han kan oppleve at kroppen blir

kraftløs, overskuddet i hverdagen forsvinner og han har ikke lenger energi eller vilje til å utføre dagliglivets gjøremål, eller i det hele tatt til å hjelpe seg selv til å bli bedre. Den deprimerte kan overveldes av en følelse av håpløshet og meningsløshet i tilværelsen, og føler seg utslått av dette. I tillegg kommer kroppslige symptomer som f.eks. nedsatt appetitt, forstoppelse, forstyrrelser i søvnrytmen, nedsatt seksuell lyst, menstruasjonsforstyrrelser og smerter og ubehag i forskjellige deler av kroppen, f.eks. mage, rygg, hodepine osv, samt en vedvarende og invalidiserende tretthet (Hummelvoll 2012).

2.1.2 Ulike grader av depresjon

Det er vanlig å dele depresjon inn i tre alvorlighetsgrader: mild, moderat og alvorlig depresjon. (Hummelvoll 2012). Det er sannsynlig at forholdet mellom ytre faktorer og personens indre egostyrke har mye å si for hvor sterk depresjonen blir for den enkelte (Kerr 1987/88 i Hummelvoll 2012).

Ved mild depresjon vil personens realitetsorientering være intakt, og dømmekraften i forhold til seg selv og omverdenen vil være upåvirket (Hummelvoll 2012). Personen vil ha en stabil selvfølelse, men selvaktelsen kan være redusert og han har økt behov for bekreftelse av andre. Ikke funksjonssvikt, kan bli ekstra følsom for avvising, trekke seg tilbake, tankeprosesser påvirket, trist og nedtrykt.

Personer med moderat depresjon har ofte en større brist i sin virkelighetsoppfatning. Selvaktelsen er gjerne lav, og selvbildet negativt. Ofte mistolkes andres intensjoner, samtidig som egne evner undervurderes. Følelsen av tomhet kan være stor, mens evnen til å glede seg vil være sterkt redusert. Personen kan ha en opplevelse av å få somatiske symptomer som egentlig bunner i den psykiske lidelsen, og f.eks. føle at det er noe galt med fordøyelsen, pusten eller hjerterytmen, kanskje uten å være klar over at dette har utspring i den psykiske lidelsen. Personen isolerer seg mer og mer fra omverdenen, og bruker i stedet mye tid på å gruble, over livet og meningen med det hele. Dagligdagse gjøremål blir ofte oversett, og det er ikke uvanlig at det blir vanskelig å fokusere og klare å konsentrere seg om noe (Hummelvoll 2012).

Ved alvorlig depresjon lider pasienten gjerne av fastlåste vrangforestillinger om sin tilværelse, og følelsen av fremmedgjøring i forhold til seg selv og egen kropp er høy. Personen vil være sterkt preget av skyld og følelsen av å være verdiløs, ettersom hans opplevelse av seg selv er sterkt avvikende fra hans ideal om hvem han burde være. Han vil være likegyldig i forhold til sin adferd, noe som fører til sterkt svekket vurderingsevne. Personen kan ha svært lavt aktivitetsnivå på grensen til apati, eller motsatt miste kontrollen over motorikken og bli agitert og få ukontrollerte og hensiktsløse kroppsbevegelser. Hukommelse, konsentrasjonsevne og oppmerksomhet svekkes markant, og personen vil som regel føle seg ulykkelig, fortvilet og ubrukelig, hjelpeløs og håpløs. Tomheten kan for disse pasientene kjennes bunnløs. Denne tilstanden er svært alvorlig og krever som regel sykehusinnleggelse (Hummelvoll 2012)

2.1.3 Depresjon hos eldre

Ifølge folkehelseinstituttet (2011) opplever omlag en av fem eldre over 60 år å være deprimerte. Samtidig er depresjon blant eldre underdiagnostisert og blir ofte oversett (Moksnes 2007). Kanskje har dette sammenheng med myter om at det er normalt å ha det slik når man blir gammel, og at det er en naturlig del av alderdommen å være trist og lei. Kanskje skjønner hverken pasienten selv, pårørende eller helsepersonell at plagene bunner i en behandlingstrengende tilstand (ibid). Nedstemthet er derimot ikke en naturlig del av alderdommen, og det er like viktig med behandling mot depresjon hos eldre som hos yngre (Karoliussen og Smebye 2000).

Årsakene til at eldre oftere opplever å bli deprimerte er sammensatte. Det kan ha sammenheng med biologiske forandringer i hjernen som følge av normale aldersforandringer (Moksnes 2007). Samtidig er eldre fysisk mer skrøpelige og tåler kanskje ikke påkjenninger like godt som yngre (Kirkevold et al. 2008). Eldre opplever som sagt ofte omfattende tap, og slike tapsopplevelser kan fungere som utløsende årsak til en depresjon. Det å for eksempel reagere med sinne i forbindelse med tap er vanlig, og dersom dette sinnet vendes innover mot en selv kan man bli deprimert (Kristoffersen et al. 2011). Også ensomhet og isolasjon kan medføre depresjon (Moksnes 2007). En annen faktor er at eldre ofte bruker flere medikamenter enn

ynge på grunn av økt forekomst av somatiske sykdommer, og medikamentell behandling kan i seg selv føre til depresjon (Karoliussen og Smebye 2000). Samtidig er eldre også i større grad utsatt for bivirkninger ved forskjellige medikamenter (Moksnes 2007). Det er ikke usannsynlig å tenke seg at disse faktorene samlet sett kan være med på å forklare overhyppigheten av depresjon blant eldre.

Hvordan depresjon kommer til uttrykk hos eldre er et tema som stadig diskuteres i fagmiljøene. Det er enighet om at depresjon hos eldre ofte fortoner seg annerledes enn hos yngre voksne (FHI 2011, Engdal 2006, Moksnes 2007). Selve kjernesymptomene er sannsynligvis de samme som hos yngre voksne, men eldre deprimerte får ofte apati og generelt tap av interesse som fremtredende symptomer, heller enn tristhet og nedstemthet (FHI 2011). Stemningsleiet er ikke alltid så sterkt påvirket som hos yngre, og de eldre kan tilsynelatende være i godt humør og være med på spøk og morsomheter (Karoliussen og Smebye 2000). Noen eldre kan oppleve å få hypokondre ideer i forhold til somatiske sykdommer som et symptom på depresjonen (ibid). På grunn av at eldre ofte har sammensatte sykehistorier og mange diagnoser samtidig, kan det være vanskelig å plassere symptomer der de hører hjemme. Det kan f.eks. være vanskelig å identifisere en depresjon som gir seg utslag i mange fysiske symptomer.

2.1.4 Depresjon blant eldre på sykehjem

I Norge bor i dag ca 40 000 mennesker på sykehjem. De aller fleste av beboerne er eldre over 67 år, med en gjennomsnittsalder på ca 84 år (Kirkevold et al. 2008). Sykehjem er den helsetjenesten hvor vi finner de aller skrøpeligste eldre, både somatisk og kognitivt. Dette er svært sårbare pasienter som har behov for døgntkontinuerlig pleie. De tre vanligste somatiske lidelsene blant sykehjemsbeboere er hjerneslag, hjertesykdom og lungesykdom (ibid). I tillegg anslås det at opp mot 80% beboere på sykehjem har varierende grad av symptomer på aldersdemens (FHI 2011). Eldre sykehjemsbeboere har ofte mange sykdommer samtidig, og det kreves derfor stor kompetanse av sykepleier i observasjon av den eldre, for å kunne skille symptomene fra hverandre og kunne avdekke en eventuell depresjon. Depresjon kan arte seg forskjellig ut i fra hvilke tilleggssykdommer de eldre har, for eksempel demens, hjerneslag eller Parkinson. Symptomene vil variere på bakgrunn av dette. Fordelen med sykehjemmet er

at en her har anledning til å følge opp pasienten over lang tid, noe som vil være positivt i forhold til å kunne oppdage og behandle depresjon. Behandlingsforløpet ved psykiske lidelser er ofte langvarige, og det trengs tid for å skape et terapeutisk tillitsforhold til pasienten, tid som sykepleier ved et sykehjem kanskje har mer av enn f.eks. en sykepleier ved et sykehus.

Årsakene til hvorfor beboere på sykehjem er så markant oftere deprimerte enn hjemmeboende eldre kan ha sammenheng med flere aspekter. For å komme på sykehjem må det ligge omfattende funksjonssvikt eller sykdom bak, noe som i seg selv kan medføre depresjon. Samtidig kan det være at selve livet og hverdagen på sykehjemmet kan være med på å føre til depresjon. Alderdommen består av mange transisjoner, og det å flytte på sykehjem kan sees på som en av disse transisjonene (Hummelvoll 2012). For noen vil det være en lettelse å vite at man er på et sted hvor man får nødvendig hjelp, mens det for andre er et stort tap (Hauge 2008). Hverdagen på sykehjemmet kan være preget av manglende privatliv og økt avhengighet; de eldre trenger kanskje hjelp til forflytning og mobilisering, eliminasjon og til å spise (Hauge 2008). Økt avhengighet gjør at beboerne blir prisgitt rutine og rytmen og pleiekulturen til personalet. Dette kan føre til institusjonalisering og en følelse av tap av autonomi og selvstendighet, som kan bidra til at livet i forhold til før føles grått.

2.2 Sykepleie til eldre med depresjon

Sykepleier har mange ansvarsoppgaver i forhold til å følge opp eldre med depresjon (Kirkevold et al. 2008). Det er for det første viktig å ha fokus på å identifisere og kartlegge depresjon. Det er utviklet egne kartleggingsverktøy for å fange opp depresjon hos eldre, ettersom de jo som sagt kan ha andre symptomer og utfall enn yngre. MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) er en slik skala, som også er tilrettelagt for å kunne brukes på eldre med mild demens. Å motivere til legemiddelbehandling er en annen sentral oppgave, samt administrering av medisiner og oppfølging med observasjon i forhold til effekt og eventuelle bivirkninger (ibid). Sykepleier er den som på sykehjemmet er tettest på og har høyest kompetanse i forhold til å kunne observere dette, og hennes observasjoner er viktige verktøy for legen når det gjelder å vurdere den medikamentelle behandlingen.

For å hjelpe den eldre deprimerte er det viktig å bygge en god relasjon (Hummelvoll 2012, Kirkevold 2008). En slik relasjon bør preges av både fysisk og psykisk nærvær, av kontinuitet, tid, og empati. Sykepleier må ha evnen til å kunne formidle trygghet og inngi tillit hos beboeren (Hummelvoll 2012). Det er også viktig at relasjonen er preget av likeverdighet og respekt. En god relasjon utgjør selve utgangspunktet for å kunne hjelpe den andre til å kunne bearbeide depresjonen, samtidig som relasjonen også i kraft av seg selv kan hjelpe og lindre. Sagt med andre ord: «Relasjonen bærer hjelpen, men relasjonen er også hjelpen» (Berner et al. 1993 gjengitt i Hummelvoll 2012, s.397). Ved hjelp av en god relasjon kan man gjennom samtaler med pasienten støtte, bekrefte og lindre hans plager (Kirkevold et al. 2008).

Støtte av pasientens selvilde er her særlig viktig. Hummelvoll (2012) skriver at det største hinderet for god helse hos mennesker med depresjon er lav selvaktelse, og arbeidet med å øke beboernes selvaktelse må derfor stå i sentrum. Sykepleier må ha en personorientert væremåte som inviterer til samarbeid med beboeren, og motvirke hans følelse av verdiløshet, gjennom i ord og handling vise ham at han betyr noe (ibid). Hun bør også stimulere beboeren til livsmot, og ha en vedholdende vilje for pasienten dersom han ikke selv klarer å opprettholde viljen og rytmen i sitt liv (Hummelvoll 2012). Dersom det er oppgaver han ikke klarer å utføre selv kan sykepleier ta over disse inntil videre, for på den måten vise at hun bryr seg. Omsorg er en verdi i seg selv, som kan vises gjennom både ord og handling. En blomst på nattbordet kan for eksempel tydeliggjøre omsorg, mens å vanne blomsten kan signalisere at man følger opp (Karoliussen og Smebye 2000).

Det er generelt viktig i arbeidet med deprimerte at de føler seg sett og forstått av den som skal forsøke å hjelpe dem. I forhold til eldre innebærer dette kanskje i enda større grad at sykepleier tar seg god tid i samhandlingen (Karoliussen og Smebye 2000). Eldre har generelt lengre respons- og reaksjonstid enn yngre, og en depresjon vil ytterligere kunne bidra til å senke reaksjonsevnen og nedsette det psykiske tempoet (Hummelvoll 2012). Det er derfor viktig å bruke tid på å sitte hos beboeren, vise tålmodighet i samtaler, og gjøre det klart for ham at man som sykepleier ønsker å være der for ham. Dette kan gjøre at han føler seg verdifull og sett (ibid).

Karoliussen og Smebye (2000) skriver at kognitiv terapi, støttende samtaler, minnearbeid og tilrettelegging av aktiviteter som kan gi mestringfølelser er gode tiltak i møte med den eldre deprimerte. Samtidig skal man vokte seg for å tilby aktiviteter eller gi oppgaver til beboeren som han ikke kan klare eller som kan gjøre ham motløs. Dette kan bli en ekstra unødig belastning på hans selvbilde. I stedet er det viktig at sykepleier skjerner beboeren i forhold til både egne og andres krav og forventninger til ham som kanskje er urealistiske og ikke kan innfris (Karoliussen og Smebye 2000).

2.3 Om mening - å finne mening i lidelse

Et av de vanligste symptomene på depresjon er følelsen av at livet er meningsløst. Dette er ødeleggende for livskvaliteten, ettersom mening som sagt er det som «gjør livet verdt å leve» (Kirkevold et al. 2008). Jeg vil her se på teorien til Viktor Frankl og sykepleieteorien til Joyce Travelbee, om hva de sier om mening og hvordan man kan finne mening også i lidelse.

Viktor Frankl var psykoterapeut og «logoterapiens far». Logo betyr i denne sammenhengen mening, og Frankls teori går ut på at mening er selve den grunnleggende drivkraften i menneskets liv (Frankl 2006). Menneskets søken etter mening er noe som varer livet ut, og blir kanskje spesielt tydelig i møte med sterke lidelser. Frankl tok avstand fra tidligere teorier som f.eks. Freuds teori om at mennesket er drevet av en søken etter nytelse, og Alfred Adlers teori om søken etter makt. I stedet så han altså mening som det grunnleggende i menneskelivet, og kjærlighet som det høyeste målet mennesket kan aspirere til å nå (Frankl 2006). Frankl skiller mellom to forskjellige forståelser i bruk av ordet mening, nemlig mening i livet generelt, og mening i spesifikke situasjoner i hverdagen (Frankl 1971).

Frankl hevder at det er verdiene våre som er utgangspunktet og gir muligheten til meningen. Vi kan ifølge Frankl oppleve tilværelsen som meningsfull gjennom å realisere tre ulike typer av verdier, nemlig kreative verdier, erfaringsverdier og holdningsverdier (Frankl 2006). Kreative verdier kan forklares med det vi skaper, bidrar med eller gir til verden, og handler om å bruke og utforske vårt skapende og kreative potensiale og muligheter. Erfaringsverdier er knyttet til erfaringer vi får i livet gjennom vårt møte med omverdenen, gjennom

opplevelser og erfaringer som kan åpne oss opp for nye tanker og refleksjoner, og utvide vårt perspektiv på og forståelse av livet som fenomen og vår egen tilværelse. Å oppleve natur, kunst og kultur, oppleve kjærighet eller kjenne nysgjerrighet er eksempler på erfaringsverdier som kan gi mening til livet. Holdningsverdier handler derimot om hva slags standpunkt vi har til livet, og er ifølge Frankl det som avgjør hvordan mennesket møter lidelse og har mulighet til likevel å oppleve mening (ibid). Mennesket har ifølge Frankl frihet, ikke over sine omstendigheter, men frihet til å velge hvordan vi forholder oss til disse omstendighetene, til livet og dets uunngåelige lidelser og smerte. Holdningen vi velger å møte lidelsen med vil avgjøre om vi kan oppleve mening også i møte med lidelse (Frankl 2006). Frankl sier derimot at det ikke er nødvendig å oppleve lidelse for å finne mening, og at lidelse må unngås dersom dette er mulig, noe annet ville være masochisme (ibid).

Frankl ser depresjon i lys av det han beskriver som et «eksistensielt vakuum» (Frankl 2006). Med dette mener han en følelse av indre tomhet og meningsløshet i livet, ved at en ikke har en følelse av sammenheng, mangler en oppgave å utføre eller noen å ta vare på som kan gi retning og mening til livet. Han sier at lykken kommer først når man ikke søker den, og at mennesket blir menneske først når det glemmer seg selv og ser utover og fokuserer på noe utenfor seg selv. Det mennesket trenger er ikke en slags friksjonsfri tilværelse, men å jobbe for å nå et mål, eller føle at man har en oppgave eller betydning overfor noe eller noen (Frankl 1971). Frankl trekker frem at mennesker stadig har mer fritid til rådighet, og da kan oppleve å bli oppmerksom på en eventuell mangel på innhold i sitt liv. Dette gjelder i særlig stor grad for pensjonister og eldre. Frankl skriver derimot at ikke all depresjon stammer fra et slikt eksistensielt vakuum, men at han tror depresjon uansett årsak kan overkommes dersom personen blir klar over en mening eller hensikt med sitt liv som gjør det verdt å leve (Frankl 2006).

Frankls ideer har stor overføringsverdi til sykepleie. Sykepleier Joyce Travelbee var inspirert av bl.a. Frankls tanker, og vi kan finne mange spor av hans ideer i hennes sykepleieteori. Menneskesynet til Travelbee er eksistensialistisk, og hun ser på sykepleie som en mellommenneskelig prosess hvis mål er å hjelpe et individ, familie eller samfunn til å forebygge lidelse, samt bære og eventuelt finne mening i denne lidelsen (Travelbee 2001).

Dette skjer gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold til pasienten, hvor kommunikasjon, en målrettet individuell tilnærming og det å kunne bruke seg selv terapeutisk er stikkord. Det viktigste redskapet for å etablere et slikt forhold sier Travelbee er kommunikasjon, og god kommunikasjon er også sentralt for å sikre at de tiltakene sykepleieren iverksetter, er i samsvar med pasientens behov (ibid). Travelbee vektlegger at hvert menneske er unikt, og må møtes som det unike individet det er, med respekt og toleranse, slik at det således ikke blir et sykepleier-pasient-forhold, men et likeverdig forhold preget av gjensidig tillit, empati, respekt og omsorg (Travelbee 2001).

Travelbees forståelse av hva som er god helse handler ikke nødvendigvis om fravær av sykdom, men innebærer heller for eksempel å kunne utføre dagligdagse aktiviteter på en tilfredsstillende måte (Travelbee 2001). Tap og lidelse er nemlig ifølge Travelbee en både vesentlig og uunngåelig del av livet til ethvert menneske. Lidelse er et allmennmenneskelig fenomen, men vil derimot fremtøne seg ulikt for hvert enkelt menneske, ettersom hvert menneske også er unikt. Tap og lidelse er i seg selv kanskje meningsløst, men i møte med den er mennesket tilbøyelig til og har en evne til å søke etter mening i lidelsen. I lidelsen ligger det altså en kime til mulig menneskelig vekst og utvikling (Travelbee 2001). Travelbee sier at mening handler om å føle at en er betydningsfull for andre og har en verdi, men at man noen ganger trenger hjelp og støtte fra sine nærmeste og fra profesjonelle hjelpere for å opprettholde dette (ibid).

3 Metode

Jeg vil i dette kapitlet forklare begrepet metode, og gjøre rede for den metodiske fremgangsmåten jeg brukte for å finne frem til litteraturen jeg bruker i faktagrunnlaget og drøftingen i denne oppgaven.

3.1 Hva kjennetegner metode?

Med metode menes det redskapet eller verktøyet som tas i bruk for å finne frem til relevant data i en undersøkelse og i forhold til en problemstilling (Dalland 2012). Metodisk fremgangsmåte kan derfor forklares som en bestemt måte å jobbe på for å nå et mål.

Vilhelm Auberts ofte siterte definisjon av metode lyder slik:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Aubert 1985 sitert i Dalland 2012 s. 111).

3.2 Litteraturstudie som metode

For å kunne svare på problemstillingen har jeg i denne oppgaven valgt å bruke litteraturstudie som metode. En litteraturstudie er et systematisk søk etter og gjennomgang av litteratur, hvor man finner frem til relevant faglitteratur og forskningsartikler for å kunne løse den spesifikke problemstillingen (Dalland 2012). I en litteraturstudie kan man si at det er litteraturen som intervjues for å finne svar på et problem. Den mest naturlige metoden å velge for å løse denne oppgaven i løpet av den tiden jeg hadde mener jeg er en litteraturstudie.

3.3 Kildekritikk

I et litteraturstudie stilles det krav til at innsamlingen av data er mest mulig pålitelig og nyansert, og at dette er basert på en kartlegging av hvilke data som trengs for å svare på

oppgaven (Dalland 2012). I søket etter litteratur og forskningsartikler, forsøkte jeg hele tiden å bruke søkeverktøy jeg anså som sikre, og være bevisst på å vurdere litteraturen med et kritisk blikk. Jeg brukte databaser som jeg har tilgang til fra biblioteket på høyskolen, og undersøkte hvor artikler jeg leste kom fra, slik at jeg kunne luke ut tabloide og useriøse aktører til fordel for artikler publisert i anerkjente tidsskrifter og fagtidsskrifter, hvor man kan stole på at artiklenes kvalitet er blitt sikret av redaksjonen for tidsskriftet (Dalland 2012).

I et litteraturstudie bør man også bestrebe seg på i størst mulig grad å bruke primærlitteratur, og gå til primærkilden dersom man kan dette. Slik kan man så godt som mulig sikre seg mot feiltolkninger eller unøyaktigheter (Dalland 2012). I den grad jeg kommer til å bruke sekundærlitteratur vil jeg bestrebe meg på å i første omgang bruke litteratur som jeg anser til å være sikre kilder. Pensumlitteratur fra sykepleieutdanningen inneholder i stor grad sekundærlitteratur, men ettersom dette er pensum i en bachelorgrad i sykepleie velger jeg å stole på at denne kunnskapen er trygg, forskningsbasert og nyansert. Pensum inneholder ofte eldre forskning og teorier, men er også oppdatert og integrerer eldre og nyere teori og forskning som er nyttig for min oppgave, og som jeg pga oppgavens omfang ikke ville hatt anledning til å finne frem til dersom jeg bare skulle bruke primærlitteratur.

Ulempen med sekundærlitteratur er at her kan forfatteren ha tolket forfatteren av primærlitteraturen annerledes enn hva han egentlig ønsket å formidle. Det vil i tillegg være mulig at jeg selv tolker forfatteren av sekundærlitteraturen på en annen måte enn hva intensjonen var, noe som ytterligere understreker viktigheten av å gå til primærkilden. Mange ledd gjør feiltolkning mer sannsynlig. Dersom det er mulig bør man også velge litteratur på originalspråket, ettersom det ved oversettelse til norsk også kan oppstå feiltolkning. I denne oppgaven har jeg derimot brukt oversettelser av både Travelbee og Frankls bøker, samt lest artikler på engelsk som ikke er mitt morsmål. Jeg har så godt det lar seg gjøre forsøkt å være nøyaktig i oversettelser av artikler.

3.4 Kriterier for utvelgelse av artikler

Jeg bestemte meg for at litteraturen og artiklene jeg bruker skal være på nordisk eller engelsk

språk, og at de i utgangspunktet ikke skal være eldre enn ti år. Jeg vil prioritere den nyeste litteraturen først, samt prioritere primærlitteratur og oversiktsartikler. Jeg vil gjøre et geografisk utvalg, hvor jeg i størst mulig grad inkluderer studier utført i Norge, Skandinavia eller andre land som jeg mener har overføringsverdi. Jeg vil bestrebe å kun velge artikler som er pålitelige og har blitt publisert i vitenskapelige tidsskrifter eller fagtidsskrifter, og forsøke å finne litteratur som har relevans for tema og kan belyse problemstillingen fra ulike sider.

3.5 Litteratursøk

For å finne relevant litteratur til å svare på oppgavens problemstilling har jeg tatt i bruk ulike søkemetoder. Først og fremst har jeg tatt utgangspunkt i pensum fra sykepleierutdanningen ved Diakonhjemmets Høgskole, som jeg er kjent med fra tidligere og føler jeg har god oversikt over. Dette er også litteratur som tilsvarer mitt kompetansenivå. Utover dette har jeg søkt frem relevant tilleggslitteratur gjennom biblioteket og dets database BIBSYS, samt gjennom å lese referanselister fra pensumlitteratur.

Jeg begynte tidlig i oppgaveprosessen å forsøke å utvikle gode søkeord og -kombinasjoner for å finne frem til relevant litteratur. I et systematisk litteratursøk er dette viktig for å finne frem til et håndterbart antall referanser (Bjørk og Solhaug 2008). Søkeordene jeg brukte var Nursing home, depression, older people, meaning, hope, nurse-patient interaction, nurs* og thriving, og forskjellige kombinasjoner av disse. Med disse ordene har jeg foretatt søk i databasene Cinahl, Ovid Nursing, Medline, SweMed+, samt på sykepleien.no.

Etter hvert som jeg har lest mange forskningsartikler om eldre deprimerte på sykehjem, ser jeg at det er mange referanser som går igjen som teorigrunnlag og i diskusjon, og som også kunne være relevante i forhold til min oppgave. Dersom jeg ikke allerede hadde funnet frem til disse artiklene gjennom søk i databasene, forsøkte jeg å søke dem opp manuelt gjennom google scholar. Slik fant jeg artikkelen til Dwyer, Nordentfelt og Ternestedt (2008).

På Ovid Nursing søkte jeg på ordene «depression AND nursing home», og fikk 155 treff, hvorav en som jeg valgte å inkludere i denne oppgaven. Dette var artikkelen til Haugan,

Innstrand og Moksnes (2012), om sammenhengen mellom depresjon og sykepleie-pasient-samhandling. Jeg søkte på «nursing home AND meaning», og fikk da opp 53 treff, hvorav en artikkel av Haugan (2013), om sammenhengen mellom opplevelser av mening blant beboere på sykehjem og sykepleier-pasient-samhandling.

Ved søk på Cinahl med søkeordene «depression AND nursing home», fikk jeg opp 1286 artikler. Her fant jeg igjen artikkelen til Haugan, Innstrand og Moksnes (2012). Ved å legge til søkeordet «meaning» fikk jeg opp tilsammen 9 artikler, hvorav en var artikkelen til Haugan (2013) som jeg allerede hadde funnet på Ovid Nursing. Ved å søke på «nursing home AND depression AND self-transcendence» fikk jeg i Ovid Medline opp én artikkel, som var relevant for oppgaven. Dette var artikkelen til Haugan og Innstrand (2012) om effekten av selvtranscendens på depresjon blant sykehjemsbeboere.

Ved å søke på «thriving AND nursing home» i Cinahl fikk jeg opp 13 artikler. Her fant jeg artikkelen til Bergland og Kirkevold (2006) om hvilke aspekter som gir trivsel hos sykehjemsbeboere. Artikkelen til Haugland om meningsfulle aktiviteter på sykehjem fant jeg ved å søke på «sykehjem og mening» på sykepleien.no.

3.6 Forskningsetikk

Det er viktig å være opptatt av og bevisst omkring forskningsetikk, ved f.eks. å ivareta etiske sider som taushetsplikt, anonymisering og personvern når man skriver oppgave. Ettersom jeg via en litteraturstudie skal intervju litteratur og ikke individer blir ikke dette like gjeldende. Det er likevel viktig å sikre seg at en referer til kilder på en riktig måte, og at alle kilder oppgis.

Ellers er det viktig å sikre seg at den forskningen man kommer frem til er troverdig, og at personvern også her er ivaretatt. Dalland (2012) skriver at personvern, taushetsplikt, frivillig informert samtykke og anonymisering er etiske sider som må ivaretas i all forskning. Jeg har vært bevisst dette i gjennomgangen av artikler, og forsikret meg om at alle artiklene jeg har valgt ut også er gjennomgått og godkjent av etiske komiteer.

4 Funn

4.1 Presentasjon av forskningsartikler

Bergland, A. & Kirkevold, M. (2006): Thriving in nursing homes in Norway: contributing aspects described by residents.

Artikkelen er en kvalitativ studie med et utforskende og beskrivende design. Hensikten med studien var å undersøke hvilke perspektiver mentalt klare beboere på sykehjem hadde på hva som førte til trivsel på sykehjemmet. Studien ble gjennomført på to sykehjem i Norge, hvor det ble samlet data gjennom åpne intervjuer og observasjon av 26 mentalt klare beboere. Studien fant at de to viktigste forutsetningene for trivsel var beboernes egen innstilling til livet på sykehjemmet, samt kvaliteten på pleien og relasjonene til personalet. Fem andre aspekter som økte beboernes trivsel ble også identifisert, dette var gode relasjoner med andre beboere, deltagelse i meningsfulle aktiviteter, mulighet til å kunne komme seg utenfor sykehjemmet, gode relasjoner til familien og at det var visse kvaliteter i det fysiske miljøet på sykehjemmet.

Dwyer L., Nordenfelt L. og Ternstedt B. (2008): Three nursing home residents speak about meaning at the end of life.

Artikkelen er en kvalitativ studie hvis hensikt er å gi et dypere innblikk i hvordan mening kan skapes i hverdagen på et sykehjem. Artikkelforfatterene analyserte data fått gjennom 12 intervjuer gjennomført i en periode på 18-24 måneder, av tre kvinnelige beboere på to sykehjem i Sverige. Studien er basert på en opprinnelig studie om verdighet hvor 12 eldre sykehjemsbeboere var inkludert. Studien har en induktiv hermeneutisk tilnærming, og gjennom analyse av intervjuene identifiserte forfatterne fire gjennomgående temaer som viktige i forhold til mening i sykehjemshverdagen: fysisk funksjon, en forholdsvis intakt kognitiv funksjon, å føle at man betyr noe for noen, og å ha en følelse av å høre til. Mening ble skapt gjennom kommunikasjon, relasjoner med andre, og en «indre dialog».

Haugan G., Innstrand S.T. og Moksnes U.K. (2012): The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients

Hensikten med studien var å undersøke sammenhengen mellom samhandlingen mellom

sykepleier og pasient, og depresjon og angst blant eldre beboere på sykehjem. Forfatterne skriver at det er viktig å identifisere ulike strategier sykepleier kan bruke for å forebygge og redusere forekomsten av depresjon, og at samhandling mellom sykepleier og pasient er en ressurs for å oppleve mening, verdighet og trivsel. Studien var en tverrsnittstudie, hvor 250 sykehjemsbeboere i perioden 2008-2009 på 44 forskjellige sykehjem i Norge ble invitert til å delta. Inklusjonskriteriene var beboere med langtidsplass som hadde bodd på sykehjemmet i seks måneder, som hadde samtykke-kompetanse og var i stand til å bli intervjuet. 202 av beboerne som ble invitert valgte å delta. Intervjuene som ble brukt var strukturerte ut i fra standardiserte spørreskjema. Ved hjelp av en avansert statistisk metode kom forfatterne frem til at samhandlingen mellom sykepleier og beboere direkte påvirket pasientenes symptomer på depresjon og angst. God samhandling førte til mindre symptomer på depresjon, som indirekte også ga mindre angstsymptomer.

Haugan, G. & Innstrand, S.T. (2012): The effect of Self-Transcendence on Depression in Cognitively Intact Nursing Home Patients.

Hensikten med studien var å undersøke sammenhengen mellom selvtranscendens og depresjon blant beboere på sykehjem. Forfatterne ser det som viktig å finne nye og alternative måter å forebygge og redusere forekomsten av depresjon, og selvtranscendens er beskrevet som en korrelasjon og ressurs for livskvalitet overfor sårbare grupper og mot slutten av livet. 202 kognitivt klare sykehjemsbeboere i Norge deltok i undersøkelsen, som ble foretatt mellom 2008/2009. Via en avansert modell fant artikkelforfatterne at det var signifikant direkte samsvar mellom selvtranscendens og depresjon, og konkluderer med at det å jobbe for å øke beboernes selvtranscendens, både interpersonelt og intrapersonelt, kan føre til mindre depresjon hos kognitivt klare beboere.

Haugan, G. (2013): The relationship between nurse-patient-interaction and meaning-in-life in cognitively intact nursing-home patients.

Hensikten med studien var å undersøke sammenhenger mellom sykepleier-pasient-samhandling og opplevelser av mening blant beboere på sykehjem. Studien var en tverrsnittstudie, hvor dataene ble samlet i 2008-2009, gjennom å bruke verktøyene Nurse-Patient Interaction Scale og Purpose-in-Life test. 250 mentalt klare sykehjemspasienter

inkludering kriteriene og 202 av dem deltok i undersøkelsen. Via en avansert modell ble det funnet at samhandling mellom sykepleier og pasient signifikant kan relateres til opplevelsen av mening og hensikt med livet hos eldre sykehjemsbeboere. Samhandlingen kan være en viktig ressurs i forhold til pasientens mentale helse og generelle tilfredshet med livet. Forfatterne konkluderer med at høy kvalitet i samhandlingen, samt deltakelse i meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet, kan bidra til å øke denne sårbare gruppens livskvalitet og både psykiske og fysiske helse.

Haugland, B.Ø. (2006): Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet

Hensikten med studien var å kartlegge sammenhengen mellom hva slags aktiviteter sykehjemsbeboere selv ønsker å delta på, og hvilke aktiviteter de ansatte tror beboerne har interesse for. Studien var en tverrsnittsstudie, hvor det ble utført en spørre-skjemaundersøkelse blant ansatte, og strukturert intervju med beboerne. Alle beboere med språk og evne til å gjennomføre intervjuet ble inkludert. Resultatene var at det ble funnet tildels signifikante forskjeller mellom hva beboere selv ønsket å delta på av aktiviteter og hva ansatte trodde de ønsket. Beboerne hadde i stor grad interesse av aktiviteter der de selv var aktive, mens de ansatte trodde at beboerne var interessert i aktiviteter der de ansatte var aktive. Forfatteren konkluderer med at dette kan tyde på at de ansatte ikke kjenner beboernes ønsker og behov godt nok, og at beboernes vilje og evne til å være aktive deltakere bli undervurdert.

4.2 Fortolkning av sentrale temaer i forskningsartiklene

Jeg vil her gjøre en fortolkning av hva jeg ser som de sentrale temaene i artiklene. Disse temaene er:

- ♣ sammenhengen mellom relasjon og mening
- ♣ viktigheten av autonomi for å kunne oppleve mening,
- ♣ betydningen av indre styrke, indre dialog og selvtranscendens for å kunne mestre lidelse og finne ny mening
- ♣ mening i forhold til deltakelse i meningsfulle aktiviteter.

5 Drøfting

Hensikten med denne oppgaven er å øke forståelsen for på hvilke måter sykepleier kan hjelpe deprimerte beboere på sykehjem til å oppleve mening. Jeg vil disponere drøftingen ut ifra de fire temaene jeg identifiserte som gjennomgående i forskningsartiklene, og i tillegg starte med å gjøre rede for et femte tema: nemlig betydningen av sykepleiers verdigrunnlag og holdninger for å kunne ha mulighet til å hjelpe et annet menneske til å finne mening. Dette er et tema som ikke ble direkte belyst i de utvalgte forskningsartiklene, men som jeg likevel, ut ifra egne erfaringer i praksis og etter å ha lest Travelbee, ser som sentralt i forhold til min problemstilling. Jeg vil videre drøfte de fire temaene fra forskningsartiklene i lys av teori omkring depresjon, mening og sykepleie som jeg har gjort rede for tidligere i oppgaven.

5.1 Betydningen av sykepleiers verdigrunnlag og holdninger

I Norsk Sykepleieforbunds Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie beskrives sykepleiens grunnleggende verdiforutsetning slik: «*Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet*». Videre står det at: «*Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert*». Travelbee skriver at sykepleiens mål og hensikt er å «*hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene*» (Travelbee 2001, s.41). Dette kan ifølge Travelbee oppnås gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. Sykepleiers eget livssyn og åndelige verdier vil derimot være avgjørende for i hvilken grad hun kan makte å hjelpe syke mennesker til å finne mening i lidelsen (Travelbee 2001).

For at sykepleier skal ha forutsetninger til å hjelpe andre til å finne mening, må det i bunn ligge et avklart forhold til hennes eget syn på livet og på lidelsen som fenomen (Travelbee 2001). Travelbee sier at: «*Alle sykepleiehandlinger som har som siktemål å hjelpe den syke med å finne mening, vil være effektive bare i den grad sykepleieren selv virkelig tror at det fins en mening*» (Travelbee 2001, s.228). Hun skriver videre at sykepleier må ha et menneskesyn som går ut på at hvert enkelt menneske har verdighet og egenverd i kraft av å være menneske,

og at livet er verdifullt uansett hvor «unyttig» eller tilsynelatende uproduktiv en er blitt f.eks. på bakgrunn av sykdom eller alderdom (Travelbee 2001). Har sykepleier dette grunnsynet og lar det skinne gjennom i sin utøvelse av sykepleie, kan beboeren få en opplevelse av at det er viktig for sykepleier at han har det bra og at hun bryr seg om ham, og kan således få en opplevelse av at han betyr noe for noen. Mening handler som sagt ifølge Travelbee nettopp om å føle at en er betydningsfull for andre og har en verdi. Det å bety noe for noen og ha en god relasjon til sykepleier, er også ifølge artiklene jeg har gjennomgått en sentral forutsetningen for å kunne oppleve mening.

5.2 Mening gjennom relasjoner

Et gjennomgående tema i forskningsartiklene var nettopp relasjonens betydning for beboernes opplevelse av livskvalitet og mening. Resultatene viste blant annet at en god relasjon til sykepleier korrelerte med en økt opplevelse av mening og hensikt med livet (Haugan 2013), var direkte relatert til synkende symptomer på depresjon (Haugan, Innstrand og Moksnes 2013), økte trivselen blant beboerne (Bergland og Kirkevold 2006), og kunne føre til opplevelser av mening i hverdagen (Dwyer, Nordenfelt og Ternestedt 2008).

I studien til Bergland og Kirkevold (2006) kom det frem at de aller fleste av beboerne så det som svært viktig for trivselen at de hadde en god relasjon til pleierne, og at det betød mye at pleierne hadde god tid til å snakke med dem. I tillegg var det viktig at pleierne viste respekt og interesse, generelt var hyggelige, vennlige og gjorde sitt beste for å hjelpe dem. Kontinuitet blant personalet var også verdsatt av mange av beboerne, og flere hadde spesielt gode relasjoner til enkelte av pleierne som de følte kjente dem ekstra godt, og som visste hvordan de skulle hjelpe beboeren uten å måtte bli instruert.

I studien til Dwyer et al. (2008) fortalte to av kvinnene om opplevelser av mening knyttet til enten relasjoner til personalet eller til familien. Disse kvinnene hadde gode relasjoner til sin familie, og opplevde positiv tilknytning til personalet. Den tredje av kvinnene opplevde derimot at livet på sykehjemmet var uten mening, og beskrev det nærmest som et «ikke-liv».

Denne kvinnen var fysisk svært skrøpelig og avhengig av andres hjelp. I tillegg hadde hun få nære relasjoner, ingen familie eller barn, og opplevde at pleierne på avdelingen ikke brydde seg om henne. Dette kan være med på å understreke hvor viktig det er å bety noe for noen og å ha noen å bry seg om for å kunne oppleve mening, eller motsatt oppleve meningsløshet. Studien til Dwyer et al. (2008) er dermed i tråd med Travelbees tanker om mening, ved at de fant at mening ble skapt gjennom å føle nettopp at en betydde noe, tilhørte noen eller at noen trengte en.

Sykepleier Kari Martinsen legger vekt på at menneskelig fellesskap og relasjoner mellom mennesker er svært viktige. Hennes menneskesyn bygger på at relasjoner er selve fundamentet i menneskelivet, og hun er kritisk til det hun kaller individualistiske menneskeoppfatninger. Mennesket er ikke uavhengig og upåvirkelig av andre, men forbundet og avhengig av hverandre, spesielt når det står i en sårbar posisjon der det har behov for hjelp (Kristoffersen et al. 2011). Martinsen baserer sitt syn bl.a. på den danske teologen Knud E. Løgstrups teori om gjensidig avhengighet. Løgstrup sier bl.a. at:

«Den enkelte har aldrig med et annet menneske at gøre uden at han holder noget av dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagdhed, man får til at visne, eller som man vækker, en lede man uddyber eller hæver. Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej.» (Løgstrup 1991 i Kristoffersen et al. s.85).

Ut i fra dette kan man tenke seg at det er viktig at sykepleier altså ikke undervurderer sin mulighet til eller sitt ansvar for å kunne påvirke beboerens liv. Overfor eldre deprimerede sykehjemsbeboere, som er en svært sårbar og skrøpelig gruppe med generelt stort hjelpebehov vil det være naturlig å tenke at sykepleier kanskje faktisk holder «forfærdende meget» av den gamles liv og muligheter til å oppleve mening i sin hånd. Dette vil kanskje være spesielt viktig overfor eldre som har få nære relasjoner, slik som den ene kvinnen i studien til Dwyer et al. (2008). Ofte foregår mange av beboernes møter med andre i hverdagen nettopp gjennom møter med sykepleier, og det er da svært viktig at sykepleier tar sitt ansvar på alvor, viser forståelse for og er en støtte for beboeren (Karoliussen og Smebye 2000).

Meningsfulle relasjoner kan selvfølgelig oppleves med andre enn sykepleier, og en av de andre kvinnene i studien til Dwyer et al. (2008) beskrev hvordan hun levde lenge på besøk fra familien. I studien til Bergland og Kirkevold (2006) kom det også frem at en del av beboerne hadde glede og nytte av relasjoner til noen av de andre beboerne på sykehjemmet. Men sammenlignet med relasjonene til personalet var dette derimot av mindre betydning. I studien til Haugland (2006) ble beboerne spurt om de var interessert i tilbud om besøksvenn, men kun 38% svarte bekreftende på dette. Haugland ser dette i sammenheng med at eldre ofte blir mer selektive i sosiale relasjoner og foretrekker relasjoner som allerede er godt etablerte (ibid).

Også Haugan (2013) fant i sin studie at det var en signifikant sammenheng mellom sykepleier-pasient-samhandling og beboernes opplevelse av mening. Hun konkluderer med at å legge til rette for samhandling mellom sykepleier og beboer, med den hensikt å utstyre beboerne med en følelse av verdighet, aksept overfor seg selv og justering i forhold til sin livssituasjon på sykehjemmet ville fremme mening, integritet og trivsel, og forebygge fortvilelse og meningsløshet for beboerne (Haugan 2013). Studien til Haugan, Innstrand og Moksnes (2013) fant i tillegg at samhandlingen mellom pasienter og sykepleiere direkte påvirket pasientenes depresjons- og angstsymptomer. Studien understreker hvor mye relasjonen mellom sykepleier og beboer betyr ikke bare for trivsel, men også for beboernes mentale helse, og forfatterne trekker også frem at sykepleier bør ha tilstrekkelig med tid til å kunne samhandle med beboerne. Dette er i tråd med at eldre som sagt generelt har behov for ekstra tid i kommunikasjon (Karoliussen og Smebye 2000), og da spesielt eldre med depresjon. Forhold som ressursknapphet, underbemanning, tidspress og utskiftninger i personalet kan derimot virke negativt inn i forhold til dette (Kristoffersen et al. 2011).

Det er viktig å presisere at sykepleier uansett hvor god relasjonen er ikke selv kan gi eller overføre mening direkte til pasienten, men kun hjelpe pasienten til selv å finne denne meningen, ettersom innholdet i hva som gir mening og håp er svært individuelt og vil være forskjellig fra person til person ut ifra deres tidligere erfaringer, holdninger og interesser. (Kristoffersen et al. 2011) Sykepleier må være seg bevisst hva hun selv opplever som meningsfullt, og være i stand til å se at dette nødvendigvis ikke vil fortone seg likt for

beboerne hun møter, og at andre mennesker kan ha helt andre verdier i livet enn henne. For at det skal kunne vokse frem empati sier Travelbee at det er viktig at sykepleier evner å i en viss grad gå ut over seg selv, og klarer å vurdere likheter og ulikheter mellom seg selv og den andre (Travelbee 2001). I artikkelen til Dwyer et al. (2008) kom det frem at det var viktig for beboerne at sykepleier så dem for den de selv opplevde å være, og kjente deres livshistorie. Ved å kjenne beboerne godt både i nåtid og fortid kan sykepleier få et innblikk i hva som har vært meningsfullt i beboernes liv og jobbe for å fremme dette også på sykehjemmet.

5.3 Mening i forhold til beboerens egen innstilling og indre dialog

I tillegg til at mening skapes gjennom relasjoner og kommunikasjon til andre, kom det frem av forskningsartiklene at beboernes egne innstillinger til livet, samt deres egen indre dialog, var viktig for om de kunne oppleve mening i hverdagen. Ifølge folkehelseinstituttet (2011) finnes det mange hypoteser om hvilke faktorer som kan beskytte mot psykiske lidelser i alderdommen. En av disse går ut på at emosjonell kontroll og «psykologisk immunisering» for stress øker etter hvert som man blir gammel (Jorm 2000 gjengitt i FHI 2011).

Ifølge studien til Bergland og Kirkevold (2006) var det viktigste aspektet for om beboerne trivdes på sykehjemmet nettopp hva slags innstilling de møtte livet på sykehjemmet med. Dette var selve kjerneaspektet for om beboerne opplevde trivsel, og var også viktigere enn å ha gode relasjoner til pleierne. Dette kan sees i lys av Frankls teori om holdningsverdier, og at mennesker også i møte med lidelse kan oppleve mening. Frankl sier derimot at dette krever vilje, men at vi er fri til å velge hvordan vi forholder oss til lidelsen (Frankl 2006). Samtidig er et av symptomene på depresjon nettopp at personen kan oppleve tap av vilje (Hummelvoll 2012). Travelbee understreker at mennesker ofte trenger hjelp til å finne mening i lidelsen, og at sykepleier har et ansvar overfor dette (Travelbee 2001).

I studien til Dwyer et al. (2008) kommer det frem at beboernes egne indre dialog hadde stor betydning for hvordan mening ble skapt. En av kvinnene i studien opplevde det som meningsfullt å tenke tilbake på livet sitt som mor og ektefelle, og dette ga innhold til hennes

indre dialog og opplevdes som meningsfullt. Også Haugan og Innstrand (2012) fant at det å finne mening i tidligere opplevelser virket positivt mot depresjon. I sin artikkel undersøkte de om selvtranscendens hadde betydning på depresjon blant sykehjemsbeboere.

Selvtranscendens er et komplekst begrep, men handler ifølge Frankl om at det å være menneske alltid er å være på vei mot noe eller noen, mot å fullbyrde en mening, tjene en sak eller møte et annet menneske (Frankl 1971). I alderdommen kan dette handle om å se livet sitt i et større kosmisk perspektiv, for lettere å kunne akseptere sin nåværende livssituasjon og klare å tilpasse seg et liv med nedsatt helse og økt avhengighet. I studien til Haugan og Innstrand (2012) forstås selvtranscendens som en individuell utviklingsprosess mot modning. Beboere som hadde høy grad av selvtranscendens hadde også lavere grad av depresjon. De skriver at å hjelpe beboere til å involvere seg med andre, og således til å kunne dele erfaringer og visdom og ha mulighet til selv å kunne bidra med noe overfor andre kunne redusere deres depresjon ytterligere. Travelbee vektlegger at også et menneskes religiøse overbevisning vil ha sterk innvirkningskraft på hvordan personen evner å mestre lidelse (Travelbee 2001). Det å legge til rette for at beboere kan praktisere sin religion er derfor viktig.

Betydningen av indre dialog, innstilling og selvtranscendens har også relevans for sykepleie, selv om dette dreier seg om faktorer i den enkelte beboers personlighet, mestringsstrategier og tidligere liv. Etersom et av de mest sentrale symptomene ved depresjon er lav selvaktelse, vil det å jobbe for å øke beboernes selvaktelse kunne bidra til å også øke deres indre styrke. Gjennom å lytte til beboernes livshistorier kan sykepleier bruke den gode relasjonen som forhåpentligvis er på plass til å bidra til at pasienten kan se sin historie i et nytt lys gjennom en annens blick, og kanskje på den måten kunne utvide sin forståelse av seg selv og sin plass i verden (Hummelvoll 2012). Sykepleier kan gjennom samarbeid og kommunikasjon med pasienten hjelpe han til å uttrykke og gjenkjenne følelser, til å møte og bearbeide sin følelse av meningsløshet, til å styrke opplevelsen av kontroll over sin livssituasjon, samt arbeide for å styrke hans selvaktelse og tilknytning til andre (Hummelvoll 2012). Slik kan den deprimerte få hjelp til å definere seg selv på nytt ut ifra sin nye situasjon, og til å akseptere den nye hverdagen og likevel se mening.

Også sykepleiers egen innstilling til den eldre sykehjemsbeboeren har mye å si. I studien til Haugland (2012) kom det frem at ansatte undervurderte beboernes vilje til å være aktive deltakere i diverse aktivitetstilbud, og at de trodde beboerne i større grad enn riktig var interessert i å bli passivt underholdt, noe som kan tyde på at beboernes egne ressurser ikke ble tilstrekkelig vektlagt og verdsatt. Ifølge Karoliussen og Smebye (2000) er det i dag blitt en kultur for å se på eldre som en passiv, ressurs svak og pleietrengende gruppe, mens man i dagens samfunn verdsetter effektivitet og produktivitet. Også i artikkelen til Dwyer et al (2008) kommer det frem at intervjuobjektene hadde en oppfatning av at deres livserfaringer og den visdommen og kunnskapen de hadde opparbeidet seg gjennom et langt liv ikke ble satt pris på eller sett på som en ressurs for andre på sykehjemmet, og at sykehjemmet i stedet virket begrensende for deres utvikling. Og det å være i utvikling ser Frankl som en mulighet til å kunne oppleve mening (Frankl 2006).

5.4 Betydningen av bekreftelse og respekt for å ivareta beboerens identitet og autonomi

Det kom frem av studien til Dwyer et al. (2008) at autonomi var viktig for å kunne oppleve mening i hverdagen. Med autonomi menes retten til å bestemme over seg selv i det som angår en selv (Molven 2006). Studien til Dwyer et al. (2008) viste videre at opplevelsen av mening i sykehjemshverdagen ofte ble skapt gjennom nettopp møter og kommunikasjon med andre mennesker, men at dersom dialogen med personalet ikke var god, kunne dette lede til at beboerne følte de ikke ble involvert i hverdagen, og at livet således ble kontrollert av rutinene til personalet heller enn deres egne behov.

Sykehjemsbeboere er som sagt ofte sårbare fysisk, og grunnen til at de bor på sykehjem henger ofte sammen med at de ikke lenger er selvhjulpne nok til å kunne klare seg hjemme (Hauge 2008). Det betyr at de i stor grad er avhengig av hjelp på sykehjemmet, noe som kan føre til en følelse av tap av kontroll og autonomi. For sykepleier er det viktig å tilrettelegge for at beboeren så langt det lar seg gjøre kan bestemme over sin egen hverdag, for på den måten å bevare hans autonomi og muligheter til å føle mestring (Kirkevold et al. 2008). I de

situasjoner hvor dette ikke er mulig må sykepleier likevel sørge for å ivareta beboerens integritet og verdighet. I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) står det om forholdet mellom sykepleier og pasient at: «*Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket*».

Respekt for beboeren handler om å bekrefte og respektere han som en unik person (Kristoffersen et al. 2011). I studien til Dwyer et al. (2008) kom det frem at sykepleiere også var viktige støttespillere for beboerne når det gjaldt å ivareta deres selvbilde, verdighet og identitet. Sykepleiernes holdninger kunne bidra til både å fremme eller hindre beboernes opplevelser av mening. I Dwyer et al. (2008) forteller beboerne om hvor viktig det er å ha noen i sitt liv som lytter aktivt til det de forteller. Dersom sykepleier bruker lyttende og bekræftende ferdigheter i møte med beboerne kan de føle at de er respektert for den de er og det livet de har levd, for på den måten å oppleve mening (Dwyer et al. 2008). Bekreftende kommunikasjon er her et viktig begrep. Eide og Eide (2011) skriver at dette kan defineres som kommunikasjon hvor man formidler til den andre at man har sett og forstått det sentrale i hva han sier. Å føle at en blir forstått og sett av en annen er i seg selv bekræftende, og vil kunne føre til opplevelser av mening hos den deprimerte (Eide og Eide 2011). Dette er i samsvar med Travelbee som vektlegger betydningen av å se den andre som unikt individ (Travelbee 2001).

5.5 Mening gjennom deltakelse i aktiviteter

I studiene til Bergland og Kirkevold (2006) og Haugan (2013) kommer det frem at å delta i aktiviteter kan være hensiktsmessig for å oppleve mening og lindre symptomer på depresjon. Haugan (2013) skriver at i tillegg til relasjon mellom sykepleier og pasient, vil det å tilby aktiviteter med sikte på å gi en opplevelse av mening til beboerne kunne øke både deres psykiske og fysiske velvære. I studien til Bergland og Kirkevold (2006) var noen aktiviteter både en kilde til glede og mening, mens andre kunne ha en verdi fordi de fikk tiden til å gå (f.eks. bingo). Meningsfulle aktiviteter var blant annet andakter, aktiviteter relatert til musikk,

og fysioterapi (ibid). Forskning viser at fysisk aktivitet har god effekt mot depresjon, og å motivere beboerne til deltakelse i f.eks. fysioterapi vil i så måte være hensiktsmessig (Kirkevold et al. 2008).

Haugland (2012) fant i sin studie at de eldre i størst grad ønsket aktiviteter hvor de selv var aktive deltakere. Personalet hadde en oppfatning av at beboerne i større grad var interessert i å bli passivt «underholdt», men dette stemte altså ikke, og kan kanskje sees i lys av at det som sagt ikke er mulig å «gi» mening til en annen. Ifølge Frankl har det å delta i noe, skape noe og være kreativ sammenheng med å realisere kreative verdier, og dette vil derfor være gode kilder til mening (Frankl 2006).

Haugland (2006) trekker frem forskning som viser at aktiviteter oppleves som meningsfulle ved at de gir glede og involvering, tilhørighet, autonomi og identitet. Det er imidlertid viktig at aktiviteten er tilpasset den enkeltes interesse, ellers vil den ikke oppleves som meningsfull. (Vernooij-Dassen i Haugland 2012). Individuelt tilpasset sykepleie er derfor viktig.

Resultatene fra studien til Haugland (2006) viste at sykehjemsbeboerne hadde stor interesse av å være med på ulike fellesaktiviteter, som for eksempel dans, basar, gudstjenester og konserter. Interessen var også høy for å drive med hagearbeid, håndarbeide, baking, sang, trim og bingo, mens godt under halvparten derimot sa de var interessert i høytlesning.

Hummelvoll (2012) skriver at det er hensiktsmessig å motivere den deprimerte til å delta i forskjellige aktiviteter. Gjennom å delta i aktiviteter kan en få fokus bort fra vonde tanker for en stund, og kanskje glemme at man har det vanskelig. Gjennom aktivitet kan man også oppleve fellesskap med andre, noe som kan være med på å gi mening. Aktiviteter blir således ikke en kilde til mening kun i kraft av seg selv, men også ved å innby til fellesskap og meningsfulle relasjoner med andre, og gjennom å kunne gi mestringsfølelser som kan bidra til å øke den deprimertes selvaktelse og styrke hans identitet.

6 Konklusjon

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg kommet frem til at det er mange faktorer som spiller inn for at sykepleier skal kunne hjelpe eldre deprimerte sykehjemsbeboere til å oppleve mening. Ved å lese Travelbee har jeg fått innsikt i hvor viktig sykepleiers innstilling til og holdning overfor lidelse er, og at det er sentralt at hun har et avklart forhold til sitt syn på livet, og at livet er meningsfullt uansett. Beboernes holdninger og innstillinger til livet på sykehjem spiller også en stor rolle for om de kan oppleve mening. Sykepleier bør hjelpe beboerne til å akseptere sin livssituasjon, og til å kunne se mening også i lidelsen.

Det som er viktig for å kunne oppleve mening, er at man betyr noe for noen, er en del av et fellesskap og har en verdi, eller at en har en oppgave å jobbe for eller noen å ta vare på. Overfor deprimerte beboere som ikke ser mening i sitt liv er det viktig at sykepleier støtter deres selvbilde, viser omsorg interesse, respekterer dem og ser dem for den de føler de er. Sykepleier bør legge til rette for at beboerne kan få opplevelser av å være betydningsfulle, og således kunne få opplevelser av mening. Relasjonen til sykepleier kan være en hjelp i seg selv, men er også en viktig forutsetning i arbeidet for å jobbe for å øke beboerens selvaktelse.

Mening kan også skapes gjennom deltakelse i aktiviteter som oppleves som meningsfulle. Dette gjelder gjerne aktiviteter hvor beboerne selv er aktive deltakere. Her som i alt annet er det helt sentralt at individuelt tilpasset sykepleie vektlegges, slik at aktivitetene blir tilpasset den enkeltes behov, interesser og muligheter. Det er viktig at sykepleier kjenner beboerne godt, både hvem de er nå og hvem de har vært tidligere, samt hva som har gitt opplevelser av mening i deres liv. På den måten kan sykepleier tilrettelegge behandlingen individuelt til hva som er det beste for hver enkelt beboer.

En svakhet med oppgaven ser jeg er at jeg har utelatt å si noe om depresjon i forhold til demens, og også har valgt bort artikler i forhold til dette. Etersom omtrent 80% av beboere på sykehjem har en form for kognitiv svikt svekker dette kanskje relevansen til min studie.

Jeg har uansett kommet frem til at arbeidet med eldre deprimerte krever høy kompetanse av sykepleier. Det krever også at det er tilstrekkelig med tid til rådighet for å kunne gi beboeren

opplevelser av mening gjennom relasjon. Det er viktig med tid hvor målet ikke er å utføre en prosedyre, men å se og støtte den andre og styrke hans selvaktelse, identitet, integritet og egenverd. Samhandling med beboere med depresjon bør prioriteres som en viktig oppgave i seg selv.

Litteraturliste

Bergland A & Kirkevold M (2006) Thriving in nursing homes in Norway: contributing aspects described by residents. *International Journal of Nursing Studies* 43, 681–691.

Eide, H. Og Eide, T. (2011) *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk

Engedal, K. (2006). *Urunde hjul. Alderspsykiatri i praksis*. Forlaget Aldring og Helse

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dwyer L., Nordenfelt L., Ternestedt B. (2008). Three nursing home residents speak about meaning at the end of life. *Nursing Ethics* 15 (1) 97- 109.

Folkehelseinstituttet (2011). *Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser*. Oslo: Folkehelseinstituttet. URL: <http://www.fhi.no/> (lest 4. februar 2014).

Frankl, V.E. (2006). *Man`s Search for Meaning. An introduction to logotherapy*. Boston: Beacon Press.

Frankl, V.E. (1971). *Vilje til mening*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Haugan, G. (2013) The relationship between nurse-patient-interaction and meaning-in-life in cognitively intact nursing-home patients. *Journal of Advanced Nursing*

Haugan, G. og Innstrand, S.T. (2012) The Effect of Self-Transcendence on Depression in Cognitively Intact Nursing Home Patients. *International Scholarly Research Network ISRN Psychiatry*, Volume 2012, Article ID 301325, doi:10.5402/2012/301325

Haugan G., Innstrand S.T., og Moksnes U.K.,. (2013) The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Clinical Nursing*. 22(15-16):2192-205, 2013 Aug.

Hauge, S. og Jacobsen, F.F. (red.) (2008) *Eldre: Hjem og hjemlighet*. Oslo: Cappelen

Akademiske Forlag.

Haugland, B.Ø. (2012) Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet. *Sykepleien forskning* nr 1, 2012; 7: 42-49.

Helsedirektoratet (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet.

Hummelvoll, J.K. (2012) *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Karoliussen, M. & Smebye, K.L. (2000). *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N.J., Breievne, G., og Nortvedt, F. Lidelse, mening og håp. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E. Skaug (red.) (2011). *Grunnleggende sykepleie Bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer*. 2 utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. Og Skaug, E. (red.) (2011). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. 2.utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Moksnes, K.M. (2007). Depresjon hos eldre. *Demens & Alderspsykiatri* vol.11-nr.2-2007

Molven, O. (2006). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund

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