

Bacheloroppgave

Depresjon og ensomhet hos hjemmeboende eldre

HØGSKOLEN STORD HAUGESUND

Avdeling Haugesund

Kull

Kandidatnr: 48

Antall ord: 6940

Sammendrag:

Bakgrunn: Depresjon er det mest vanlige mentale helseproblemet blant eldre personer. Mange eldre får ikke hjelp for sin depresjon. Dette er ofte et problem for hjemmeboende eldre, og ubehandlet kan en depresjon få negative konsekvenser.

Mål: Denne oppgaven tar for seg hvordan man kan gi sykepleie til deprimerede hjemmeboende eldre, slik at de får bedre sin hverdag. Målet med oppgaven er å belyse hva sykepleier kan gjøre for å hjelpe pasientene til å få en bedre hverdag. Ikke i direkte tiltak, men hva sykepleier kan gjøre for å bedre kontakten med pasienten og styrke pasientens håp og mening.

Metode: Litteraturstudie

Funn: I oppgaven blir det sett på hvordan sykepleier opplever å se at andre lider, og hvordan de kan hjelpe pasienten som lider. Det blir sett på livskvalitet – om eldre deprimerede har livskvalitet, og det blir sett på hva pasientene selv ser på som viktig å legge vekt på, når de har depresjon.

Nøkkelord: Depresjon, eldre, hjemmeboende

Summary:

Background: Depression is the most common condition in geriatric patients. Many elderly does not receive help for their condition. It is often a problem for home living elderly, and consequences of an untreated depression can be fatal.

Aim: This study looks on how we can give nursing care to depressed home living patients, so that they can experience a better quality of life.

How is it that nurses experience other suffering, and how can they help patients who suffer? Life quality, and what patients themselves thinks is important, is all themes that will be discussed in this study.

Method: Litteraturstudie

Findings: The purpose of this study is to lighten what nurse can do to help patients to experience better life quality. Not in direct measures, but what nurse can do to influence communication with the patient and to help to increase the patients hope and meaning.

Communication an coexisting is important

Keywords: Depression, elderly, home living

Bacheloroppgave

Depresjon og ensomhet hos hjemmeboende eldre

Høgskolen Stord/Haugesund

Kull 2006

Kandidatnr:48

Antall ord:6940



Innholdsfortegnelse

Sammendrag:	1
Summary:.....	2
1.0 Innledning	5
1.1 Presentasjon av tema og problemformulering	5
1.4 Hensikt	6
2.0 Metode.....	7
2.1 Litteraturstudie som metode.....	7
2.2 Litteraturkritikk.....	8
Kildekritikk	8
2.3 Litteratursøk.....	9
2.4 Forskningsetiske overveielser	9
3.0 Teori	10
3.1.1 Valg av teori.....	10
3.1.2 Joyce Travelbee	10
3.2.0 Sykepleie.....	11
3.2.1 Sykepleiens mål og hensikt	11
3.3.0 Et bedre liv.....	13
3.4.0 Depresjon	13
3.4.1 Kjennetegn	14
4.0 Drøfting.....	16
4.1 Mening	16
4.2 Behov	17
4.2.1 Sosiale behov	18
4.3 Håp.....	19
4.2 Tro.....	21
4.3 Avslutning.....	24
4.4 Konklusjon.....	25
Litteraturliste.....	26

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema og problemformulering

Depresjon og ensomhet er hovedtema i oppgaven.

Det var under min praksis i psykiatrien at jeg ønsket å finne mer ut om ensomhet og hvordan man kan forebygge depresjon hos hjemmeboende eldre pasienter. Jeg lurte også på hva som hjalp pasientene med å komme ut av depresjonen, når de først var kommet inn i en depresjon. Aldersgruppen det her er snakk om, er pasienter over 65 år.

Førforståelsen jeg har om emnet, har jeg fått gjennom mitt arbeid som omsorgsarbeider siste 10 år og gjennom min praksis i sykepleiestudiet.

I hjemmesykepleien og inne på sykehjem har jeg fått en forståelse av at det er mange ensomme og deprimerte. Dette blir av mange pleiere avfeid med at sånn er det å være gammel, og det er få som faktisk tar tak i problemet.

Studier viser at ca 20 % av hjemmeboende eldre har depresjonsplager (Engedal, Wyller 2003). 3- 4 % av disse tilfredsstillende kriteriene for å ha en alvorlig depresjon.

Ensomhet er for mange sentral når en opplever at livet er meningsløst – alt er håpløst (Thorsen 2005). Forfatteren skriver at ensomhet er en opplevelse av et savn av ønsket kontakt. Depresjon er en sykdom som mange ser alt for lett på (Engedal, Wyller 2003). Konsekvensen er at mange eldre ikke får behandling for depresjonen. ”*Både biologiske og psykososiale forandringer assosiert med aldring kan disponere for depresjon og komplisere dens behandling*” (Engedal, Wyller 2003)s 299.

Problemformuleringen blir:

Hvordan kan man gi sykepleie til deprimerte hjemmeboende eldre, slik at de får bedret sin hverdag.

Med forebygging menes tiltak som fremmer helse og begrenser forhold som skaper helseproblemer (Mæland 2005). Forebyggende virksomhet omfatter også tiltak som kan øke den enkeltes livskvalitet og bidra til omsorg og trivsel. Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter tar for seg mange sider som også kommer opp når man leser om forebygging. Alt handler om å hjelpe pasienten til en bedre hverdag. Travelbees definisjon av sykepleie er som følger:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig å finne mening i disse erfaringene”. (Kirkevold 1998)s 113

1.4 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å fordype seg i et emne som har vekket særlig interesse under sykepleierstudiet, for å få økt kunnskap og lettere kunne hjelpe pasienter. Å velge emnet depresjon og ensomhet hos eldre falt lett, det er mange som er rammet av depresjon og mange som skulle hatt hjelp.

2.0 Metode

For å definere metode synes jeg Tranøy sin tolkning passer godt: ” En fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sann, gyldige eller holdbare”. Dalland 2007 s 71

Uttrykket teoretisk perspektiv betyr at vi velger å se problemet vårt på en bestemt måte (Dalland 2007). I følge forfatteren er hensikten med teorier å peke ut retningen for forskningsinteressen vår. Vi trenger en referanseramme og et perspektiv som kan styre arbeidet vårt.

2.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudier kan være egnet dersom det finnes mye empirisk materiale som belyser den problemstilling en er opptatt av (Troye, Grønhaug 1993). Litteraturstudier bygger på allerede eksisterende litteratur.

Før man kan forklare et problem må man forstå det (Johannessen, Olaisen 1995). Forfatteren skriver at det forutsetter en litteraturstudie over hva man vet om problemet en ønsker å si noe om.

Ensomhet og depresjon kommer en til stadighet innom, når en arbeider med eldre mennesker. Det være seg på sykehjem, hjemmesykepleien, somatisk sykehus eller psykiatrisk sykehus. Mange kan bli hjulpet, og hvordan dette kan gjøres, er det jeg vil forske på i min litteraturstudie.

Ettersom dette er en litteraturstudie hvor det blir brukt både kvantitative og kvalitative artikler, beskrives metodene kort for å vise forskjellen på disse.

Kvalitative metoder er forskningsprosedyrer som gir beskrivende data (Olsson, Sörensen 2003). Dette er menneskets egne skrevne eller talte ord og observerende atferd. Kvalitativ metode er å systematisere kunnskap om karakteristika. De kvalitative metodene fanger opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste (Dalland 2007). Kvantitative metoder derimot former informasjonen om til målbare enheter, slik at det kan studeres i skjema, prosenter osv. Felles for de to metodene er at de gir en bedre forståelse av samfunnet en lever i, hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler.

(Norvoll, Rugkåsa & Brodtkorb 2003) skriver at det ofte er hensiktsmessig å bruke såkalt metodetriangulering. Dette er når man bruker både kvalitative og kvantitative datainnsamlingsmetoder. Man får da en bredere og mer helhetlig kunnskap omkring forekomst og fenomener.

2.2 Litteraturkritikk

For at litteraturen skal være relevant for min oppgave må artiklene handle om eldre over 60 år, helst over 65 år. Videre må artiklene handle om depresjon/ensomhet.

Litteraturen bør ikke være for gammel. Noen bøker er ti år tilbake i tid, men artiklene vil jeg ha av nyere dato. Forskingen blir ”gammel”, jeg tror det er viktig å bruke den mens den er relativ ny.

Dalland (2000) skriver: Vi skal så godt vi kan, vurdere i hvilken grad de teoriene og forskningsresultatene vi har funnet, lar seg bruke til å beskrive vår problemstilling” (Dalland 2000 s 69). Dette innebærer at man må mene noe om andres forskningsresultater, og om dette kan brukes i vår egen problemstilling.

Leseren skal kunne lese hvilken litteratur som forfatteren har brukt i sin oppgave, og hvilke kriterier som har blitt benyttet under utvelgelsen (Dalland 2007).

Bøker som er relevante for denne litteraturstudien er Joyce Travelbees ”mellommenneskelige forhold i sykepleien”. I boken presenterer Travelbee (1999) sin teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter (Travelbee 1999). En annen bok som er relevant er Engedal og Wyller (2003) Aldring og hjernesykdommer. Den har blitt flittig brukt og forklarer depresjon på en meget god måte.

Sekundærlitteratur tolker råmaterialet (Rienecker et al. 2006). Videre skriver forfatteren at sekundærlitteraturen skal inngå i oppgavens argumentasjonsstruktur på en fornuftig måte. *Det å bruke andres tekster er forutsetning for å si noe selv, ikke alternativet til det* (Rienecker et al. 2006)s 224.

Kildekritikk

(Dale, Dale & Lorensen 2001)sin studie er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk. Studiens design er eksplorativ og beskrivende og ble gjennomført som en pilotstudie.

(Sneltvedt 2004)sin studie er en del av et hovedfagsstudie, og det ble benyttet en kvalitativ metode med fenomenologisk tilnærming.

(Fyffe et al. 2008) sin studie har gått gjennom medical college institutional review board and HIPAA committee and home – care agency senior administration. Det er en eksplorativ pilot studie, integrert kvalitative og kvantitative research design.

2.3 Litteratursøk

Artiklene ble i hovedsak funnet på Proquest søkemotor.

Ved å skrive inn "home care or health care and depression and old age or geriatric" ble det 201 treff, hvorav 9 ble lest gjennom og én artikkel ble beholdt.

I tillegg har det blitt søkt i Vård i Norden. Det ble funnet 4 relevante artikler, to av disse ble beholdt.

2.4 Forskningsetiske overveielser

International Council of Nurses (ICN) har avgrenset sykepleierens fire grunnleggende ansvarsområder: - Å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse (Sykepleiernes samarbeid i Norden 2003b). Sykepleieren er forpliktet til å utnytte og forbedre sine ferdigheter og sin viten. Videre står det at sykepleiere er også forpliktet til å utvikle ny viten og nye ferdigheter. Dette innebærer forskning som representerer et mangfold av utfordringer – også etiske problemstillinger.

"Forskning kan defineres som en kreativ, original og systematisk prosess, som har til formål å øke viten, herunder viten om mennesker, kultur og samfunn og å bruke denne viten til å utvikle nye anvendelsesmuligheter (Sykepleiernes samarbeid i Norden 2003b) s 8.

En bacheloroppgave skal ikke ses på som direkte forskning, siden det er en litteraturstudie. Men; en bacheloroppgave kan lede til et forskningsprosjekt, om den som skriver oppgaven finner temaet så interessant at en vil forske videre på valgt tema.

Når man forsker gjelder vedtatte faglige etiske prinsipper og standarder. Man må respektere disse når forskningen involverer mennesker (Sykepleiernes samarbeid i Norden 2003a). Før man forsker må man foreta en omfattende litteraturstudie, disse skal løpende videreføres, så lenge prosjektet varer.

Ved kildehenvisninger skal man referere kilden korrekt (Rienecker et al. 2006). En annen ting som er viktig er å være kritisk til kildene.

Fagfellevurderte artikler er artikler gått gjennom av fagfeller og som går god for dens faglige kvalitet (Rienecker et al. 2006).

3.0 Teori

3.1.1 Valg av teori

Å velge Joyce Travelbees teori til denne oppgaven ble gjort fordi oppgaven handler om depresjon og ensomhet. Dette kan overføres til menneske til menneske - forhold og kommunikasjon, som er noen av de viktigste begrepene i Travelbees teori.

”Ingen kan gang på gang eksponeres for sykdom, lidelse og død uten å forandre seg som resultat av disse møtene” (Travelbee 1999)s 73

3.1.2 Joyce Travelbee

Joyce Travelbees¹ teori fokuserer på sykepleiefagets mellommenneskelige dimensjon(Kirkevold 1998). Den er bygd på en eksistensialistisk filosofi. De viktigste begreper er mennesker som individ, lidelse, mening, menneske til menneske- forhold og kommunikasjon.

Travelbee forkaster begrepene pasient og sykepleier. Dette gjør hun fordi hun mener at dette er generelle definisjoner som sletter ut det enkelte menneskes spesielle trekk og bare fremhever felles trekk. Hun hevder, i følge Kirkevold (1998) at disse forenklingene er med på å føre til stereotypisering av de som får disse merkelappene.

Travelbee hevder at å finne mening i livets ulike erfaringer er av fundamental betydning (Travelbee 1999). Hun hevder at i perioder med sykdom og lidelse hos personen eller dens familie, blir det viktig å svare på spørsmål som ”Hvorfor skjedde dette meg” eller ”hvordan skal jeg gjennomleve dette”.

Hennes sykepleietenkning retter seg spesielt mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien (Travelbee 1999). Travelbee sier at hun var inspirert av eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi. Hennes grunnsyn avspeiles i de grunnleggende begrepene i sykepleiefaget. Travelbee ser på hver person som unik.

¹ født i New Orleans 1926 (Jahren 2005) Hun har arbeidet som psykiatrisk sykepleier.

3.2.0 Sykepleie

Travelbees definisjon av sykepleie er som følger:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig å finne mening i disse erfaringene”. (Kirkevold 1998)s 113

Travelbees sykepleiedefinisjon er velkjent og allment akseptert (Jahren 2005).

Det er mange grunner til at mennesker føler seg ensomme. Det kan være tap av ektefelle, selvvalgt enslighet som har ført til ensomhet, det kan være at mennesker er ensomme selv om de har mye familie rundt seg. Uansett årsak til ensomhetsfølelsen må personen føle på den følelsen og i samtale kan man finne ut om problemene og løsningene. Travelbee (Travelbee 1999) beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper når det gjelder å etablere et virkelig menneske – til – menneskeforhold til pasienten. Hun sier det er en prosess hvor mennesker formidler sine tanker og følelser til hverandre.

3.2.1 Sykepleiens mål og hensikt

Travelbee (1999) sier også at sykepleie er knyttet til det å forebygge sykdom og fremme helse. Et annet begrep Travelbee er opptatt av, er håp. *”Håp er en sjelelig tilstand som kjennetegnes av ønsket om å avslutte noe eller oppnå et mål, kombinert med en viss forventning om at det som er ønsket eller ettertraktet, er oppnåelig. En håpende person tror at livet på en eller annen måte vil bli forandret, det vil si bli mer behagelig, meningsfylt eller glederikt, dersom han oppnår det han ønsker”* (Jahren 2005) Bind 4 s 27.

(Jahren 2005) skriver at et menneske som har mistet håpet, ikke lenger ser noen mulighet til å forandre og forbedre sin livssituasjon. For at en person skal bevare håpet er det viktig at han har en forvissing om at han vil motta hjelp og støtte når han trenger det. Når en persons egne ressurser er utilstrekkelig, blir det faktum at mennesker er avhengige av hverandre, svært tydelig. Det er da en person håper at en vil motta hjelp og støtte. Mennesker som håper har en viss mulighet til å velge, noe som gir en opplevelse av frihet og autonomi. Håp er både knyttet til det å ønske men også atskilt fra å ønske. Travelbee mener at for å definere det som håp, må det vurderes som sannsynlig at vi oppnår det (Travelbee 1999).

Å håpe på en milliongevinst i lotto vil derfor ikke gå under hennes definisjon av håp.

Empati er *”evnen til å trenge inn i, eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da”* (Jahren 2005). Forfatteren skriver at empatisk forståelse er en bevisst intellektuell prosess som ikke er avhengig av om en liker eller misliker den andre.

Videre står det at empati ikke er en kontinuerlig prosess, men det kan oppleves i enkeltsituasjoner, glimt og øyeblikk.

Ved å oppnå empati, oppnår man å knytte bånd til pasienten (Jahren 2005). Dette vil forplikte sykepleieren når det oppstår bånd mellom sykepleier og pasient, rent profesjonelt. Dette vil gjøre pasienten mer sårbar og utsatt enn tidligere, og pasienten vil bli mer skuffet om sykepleieren skulle foreta seg noe som svikter tilliten. Travelbee hevder, i følge (Jahren 2005) at en sykepleier ikke kan ha empati med alle slags mennesker. Hun mener at man må ha opplevd en tilsvarende følelse – uten selv å ha vært i samme situasjon, for å kunne forstå en pasients følelse.

Sympati er i følge Travelbee, ingen fase i prosessen som tar sikte på å bli kjent med pasienten som menneske (Jahren 2005). Dette er snarere en holdning eller innstilling, som sykepleier formidler til den andre. Ved å uttrykke sympati ovenfor en pasient, formidles at en er engasjert i personen og at man bryr seg om personen. Travelbee hevder, i følge forfatteren at det å engasjere seg i en pasient kan bety forskjellen mellom vilje til å leve, og vilje til å dø. Ved at pasienten føler engasjement fra sykepleier, vil dette hjelpe pasienten til å være bedre i stand til å mestre sin situasjon.

Forståelsen mellom pasient og sykepleier er viktig i etableringen av et menneske – til menneske- forhold (Travelbee 1999). For å komme til dette nivået forutsetter det at sykepleier både har et ønske, men også kunnskaper og ferdigheter som skal til for å iverksette sykepleietiltak i samsvar med pasientens behov.

3.3.0 Et bedre liv

Begrepet livskvalitet er et bredt begrep. For å snevre det inn noe vil det tas utgangspunkt i følgende definisjon:

Livskvalitet betegner den enkeltes kvalitet i livet og defineres gjennom en objektiv og subjektiv dimensjon (von Krogh 2005)s 148.

Forfatteren skriver at gode levekår er en forutsetning for livskvalitet. Et bedre liv vil være en dekkende formulering for livskvalitet i denne oppgaven.

3.4.0 Depresjon

Ordet depresjon kommer fra latin og betyr egentlig nedtrykking (Hummelvoll 2004). Det kan stå for en sinnsstemning, et syndrom eller en egen gruppe sykdommer.

Depresjon er ingen normaltilstand hos gamle, selv om det er vanlig (Sellæg 2003). Det finnes god behandling om depresjonen oppdages i tide, og komplikasjoner som underernæring og sosial isolasjon kan unngås.

Aldring er ikke ensbetydende med sykdom, men det å være gammel disponerer for sykkelighet (Sellæg 2003). Hun sier vi trenger en helsetjeneste som ser nødvendigheten av å sette inn forebyggende tiltak etter hvert som aldringsprosessen skrider frem, og som kan være i beredskap for den gamle når de første tegn på funksjonssvikt opptrer. Videre sier hun at den dagen eldre søker hjemmehjelp, er tiden inne for en tur til legen. For å kunne skille normale hjerneforandringer fra begynnende sykdom trengs det mer enn fagkunnskap. Det krever innsikt i den gamles liv, bakgrunn, yrkeserfaring, tidligere personlighet osv.

(Hummelvoll 2004)skriver at hjelp til den deprimerede kan tilbys i hans hjem, i poliklinikk eller sykehus. Det avhenger av hvor alvorlig depresjonen er og hva slags støtte pasienten har til daglig.

Depresjon er en sykdom som er til betydelig belastning for pasient og pårørende (Moksnes 2003). Forfatteren sier at mange, både pasient og helsepersonell tar alt for lett på sykdommen. Konsekvensen er at mange ikke søker hjelp for sine plager. Noen tror det ikke er håp for dem, andre har ikke initiativ eller energi til å søke hjelp. Noen søker også hjelp, men det blir bagatellisert som at det er en naturlig del av det å bli gammel, og får derfor ikke hjelp (Moksnes 2003). Depresjon kan være vanskelig å oppdage fordi symptomene kan være maskerte, vage eller likner på andre sykdommer. Ubehandlet depresjon kan vare i flere år, og følgene kan bli meget alvorlige.

Depresjon er vanlig hos eldre ((Moksnes 2003). Hyppigst forekommer depresjon av både mild og alvorlig grad hos de aller eldste. Risikofaktorer for å utvikle depresjon kan være både biologiske og psykososiale forandringer assosiert med aldring. Biologiske faktorer kan være arv, vaskulære forandringer i sentralnervesystemet, subkortikale forandringer i hvit substans i hjernen og reduksjon i funksjonen til nevrotransmittorer, da særlig noradrenalin, serotonin og dopamin (Moksnes 2003). For å utelukke andre sykdommer bør personer med symptomer på depresjon utredes. Legemidler kan også forårsake depresjon.

For at sykepleier skal kunne danne et helhetlig bilde av pasienten, må kunnskaper om fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter komme frem (Hummelvoll 2004).

Fysiske aspekter kan være søvn, matlyst, energi og evne til egenomsorg.

De psykiske aspektene kan være tankeprosesser, regulering av selvfølelse og kontroll av drifter og impulser (Hummelvoll 2004).

Psykososiale faktorer kan være sorg, tap, vedvarende belastninger, isolasjon og kroniske sykdommer (Moksnes 2003).

Det åndelige aspektet inneholder pasientens trosoppfatning, moral og livssyn i vid forstand (Hummelvoll 2004). Videre skriver forfatteren at det er viktig å være lydhør i forhold til pasientens trosoppfatning og verdier, slik at hjelpen kan gjenspeile disse.

Dårlig nettverk, tap av venner og familie, og varige belastninger virker negativt på helsen (Moksnes 2003); (Dale, Dale & Lorensen 2001). Den depresjonen som har høyest forekomst hos eldre er vaskulær demens (Moksnes 2003). Denne depresjonen er vanskeligere å behandle og har større tendens til tilbakefall.

Det er økt risiko for sykelighet og dødelighet ved å gå med ubehandlet depresjon (Moksnes 2003).

3.4.1 Kjennetegn

Kjennetegn på depresjon hos eldre er mange (Moksnes 2003). Noen blir langsomme, initiativløse, mindre aktive, mimikkfattige, andre blir rastløse. Ofte ser en at pasientene er bekymret for somatisk sykdom, fordi de opplever magesmerter, obstipasjon, hodepine eller får håravfall. Søvnvansker er vanlig, energien forsvinner, mange føler seg trette og uopplagte. Gleden og interessen blir borte – livet kan føles som et ork.

Symptomer hos eldre kan komme i mildere former (Moksnes 2003). Det kan være kognitiv svekkelse, somatiske sykdommer og vrangforestillinger. Eldre har oftere problemer med innsovning, er mer rastløse og har hypokondre tanker. Derfor kan en depresjon i eldre år være ukarakteristisk.

En psykisk lidelse forandrer både følelser, stemning - og impuls kontroll og tanker, hele personligheten blir rammet (von Krogh 2005). Dette fører til konsekvenser, som nedsatt evne til å forholde seg til andre, forandringer i familielivet og forandringer i økonomien.

Stemmingsleie er en betegnelse på hvilken sinnsstemning en person er i (von Krogh 2005).

Ytterpunktene er eufori og dysfori; eufori innbærer moderat oppstemthet og gledesfølelse – som for eksempel forelskelse. Dysfori derimot, er tristhet, irritabilitet og tilløp til oppgitthet. Det kan være stemningsforstyrrelser både over og under det vanlige; under det vanlige kalles depresjon og melankoli. Disse gir en opplevelse av nedsatt energi, selvbebreidelse og håpløshet.

I boken klassifikasjon av sykepleieintervensjoner (NIC) (Mølstad, Bulechek & Dochterman 2006) finner man "Behandling av stemningsleie". Definisjonen er: *"å sørge for sikkerhet, stabilitet, gjenoppretting og vedlikehold hos en pasient som opplever dysfunksjonell nedstemthet eller oppstemthet"* (Mølstad, Bulechek & Dochterman 2006)s 212.

Det er mange tiltak som står beskrevet, blant annet disse: "Gi eller henviser pasienten til psykoterapi (f.eks kognitiv atferd, samvær med andre, i ekteskap, familie, gruppe) om relevant" "Være sammen med pasienten med regelmessige mellomrom for å vise at du bryr deg og/eller for å gi pasienten anledning til å snakke om følelser" "Oppmuntre pasienten, i den grad han klarer det, til å engasjere seg i sosialt samspill og andre" "Gi pasienten/ andre som står pasienten nær, opplæring om sykdommer (f.eks depresjon)" .

4.0 Drøfting

Hvordan kan man gi sykepleie til deprimerte hjemmeboende eldre, slik at de får bedret sin hverdag

4.1 Mening

Som sykepleier kan det komme tilfeller da en ser at pasienter ikke har det så bra. Det optimale hadde vært om alle kunne levd et godt liv, uten bekymringer og plager. Slik er det ikke. Som skrevet tidligere i oppgaven, livskvalitet er et bredt begrep. Definisjonen som er brukt er:

”Livskvalitet betegner den enkeltes kvalitet i livet og defineres gjennom en objektiv og en subjektiv dimensjon” (von Krogh 2005).

Som definisjonen sier, så er det *den enkeltes kvalitet* som må tas hensyn til når det er snakk om livskvalitet. I denne oppgaven vil livskvalitet være ensbetydende med et bedre liv. Som sykepleier er det viktig å hjelpe pasienten til å ha det så godt som det lar seg gjøre. Det vil da blant annet være viktig å hjelpe pasienten med å finne mening med sykdommen og med livet. (von Krogh 2005) skriver at mening er en viktig dimensjon ved livskvalitet.

I følge Travelbee er sykepleiens overordnede mål å hjelpe pasienten til å mestre, bære og finne mening i de erfaringer som følger med lidelse og sykdom (Travelbee 1999).

Hva som gir mening er individuelt, og sykepleieren kan hjelpe pasienten til å finne mening i forskjellige situasjoner. Det kan være å hjelpe pasienten å se mening i depresjonen, slik at pasienten kan gå videre og starte prosessen med å bearbeide tankene sine, slik at han får en bedre hverdag. Det kan være å hjelpe pasienten til å se at han er verdifull, at han er nødvendig og at han betyr noe. Dette kan av erfaring ta tid, og det er viktig at sykepleier er der for pasienten under denne prosessen. Dette er ikke alltid lett, det er vondt å se at andre ikke har det bra. Det er vondt å se andres smerte og det er vondt å se pasienter uten livsmot.

I (Sneltvedt 2004)sin studie står det: *”Det å arbeide med deprimerte pasienter innebærer å bli eksponert for pasientens sterke lidelse, manglende livsmot og begrensete kapasitet til å ivareta de mest fundamentale behov”* (Sneltvedt 2004) s 36

Det krever mot å arbeide med deprimerte pasienter. Det er ikke en enkel oppgave å skulle hjelpe pasienter med å finne mening, kanskje når livet er på det mest vanskelige for pasienten. *”Det er ingen lett oppgave å hjelpe mennesker til å finne mening i det tilsynelatende meningsløse”* (Travelbee 1999) s 228.

Menneske – til – menneske – forhold har tidligere blitt nevnt i oppgaven. For å hjelpe pasienten til å finne mening må sykepleier være i stand til å etablere dette forholdet. Sykepleieren kan ikke påtvinge pasienten sitt syn, men hjelpe den syke til å finne sin egen vei. Dette støttes av Travelbee (1999) som sier at et menneske – til – menneske- forhold gir den syke anledning til å få hjelp i bestrebelsene etter å finne mening i sykdommen. Dale (2001) har funnet i sin studie at det foreligger en klar sammenheng mellom helse og opplevelse av mening, kontroll og selvaktelse. Sykepleier må hjelpe pasienten til å finne mening slik at han opprettholder kontrollen og selvaktelsen. Dette vil hjelpe pasienten til fortsatt ha god helse. Å ha en depresjon kan for mange bety at helsen er nedsatt. Det er forståelig at mange ser på redusert helse som noe negativt, og at mange ser på redusert helse som en stopper for å ha et sosialt liv eller rett og slett noe som de fleste ser på som en selvfølge – å klare seg selv i sitt eget hjem. Dale (2001) har funnet at det som så ut til å bety mest for de eldre, var følgene som den reduserte helsen hadde på andre områder i livet, for eksempel mulighet for å leve et sosialt aktivt liv, kunne klare seg i eget hjem, drive med fritidssysler og ikke minst å være selvhjulpne og uavhengig. Forfatteren skriver også at det kan se ut til at de eldre er forberedt på at helsen forringes med årene, og omstiller seg deretter.

4.2 Behov

Å være hjelpeløs eller avhengig av andre kan skape sterke følelser av verdiløshet hos enkelte (Travelbee 1999). Videre skriver hun at syke mennesker har de samme behovene som friske, som for eksempel å være verdsatt og elsket.

Som sykepleier vil det være viktig å støtte pasienten når pasienten går gjennom vanskelige tider. Det kan være vanskelig å takle en smerte som ikke lar seg fjerne. Av erfaring har jeg fått høre pasienter si at de heller vil ha en knekt arm enn å ha en smerte inni seg som ikke går vekk. Hadde de hatt en knekt arm, hadde de kunne tatt smertestillende for å fjerne smerten. I (Sneltvedt 2004)studie er det en pasient som sier: *”Det føles som om jeg brennes på bålet hver dag. Jeg kjenner det enda, for jeg kan jo bare ha en fantasi om hvordan det føles å brenne på bålet”* (Sneltvedt 2004)s 37

Det kan være vanskelig for sykepleieren å høre pasienten fortelle om hvordan han har det. Noen ganger kan det å høre en pasient komme med slike utsagn gjøre sykepleieren handlingslammet. Det blir vanskelig å hjelpe pasienten fordi smerten blir så nær.

Sykepleier må ofte tolke hva pasienten forsøker å formidle ved å se på kroppsspråket. Sykepleier må derfor inneha kapasitet til å oppfatte non verbale signaler, og sykepleier må ha kunnskap om depresjon for å kunne gjøre dette.

Sneltvedt (2004) skriver i sin studie at deprimerte pasienter uttrykker sine lidelser på ikke verbale måter. Forfatteren skriver også at i situasjoner hvor sykepleier blir handlingslammet, er i situasjoner hvor hun har manglet selvavgrensing og hun har identifisert seg med pasientens følelser.

Travelbee (1999) skriver at det er urealistisk at sykepleiere alltid kun skal tenke på pasientens behov. Sykepleieren er også et menneske, med sine behov.

At også sykepleieren har noen å snakke med og bearbeide hva hun har hørt, er viktig. Slik kan sykepleieren komme videre i prosessen menneske – til – menneske, og dermed hjelpe pasienten.

4.2.1 Sosiale behov

Å ha noen å samtale med, noen som forstår, kan for mange være mye verdt. Det er ikke alltid at familiemedlemmer er i stand til å forstå, eller kanskje de ikke ønsker å forstå.

Mange mennesker har ikke daglig kontakt med familie. Det kan være at de har mistet ektefellen, at barna bor langt unna eller andre forhold. I studien til Dale (2001) kom det fram at ved siden av ektefellen er det forholdet til barna som har vist seg å bety mest for eldre i forhold til sosiale relasjoner.

Det kan være mange grunner til at slekt og venner ikke tar kontakt så ofte som før. Er det en person som klager mye, eller som gir besøket dårlig samvittighet fordi de ikke kommer ofte nok, kan dette være grunner til at folk holder seg unna. For mange kan det være vanskelig å være i en relasjon hvor all kommunikasjon og all energi går til den som er syk.

Travelbee (1999) skriver at depresjonen forsterkes når pasienten føler seg ”isolert” fra venner og slektninger. Forfatteren skriver også at lengsel er en følelse mange syke mennesker opplever.

Dale (2001) har funnet at nabokontakt og nærmiljø er viktig. Sånne typer forhold er mindre forpliktende og mer gjensidig enn familie og de står dermed friere. De har dermed et valg, om de vil ha kontakt eller ikke. Med familie blir det ofte vanskeligere om pasienten ikke ønsker kontakt.

En depresjon arter seg forskjellig fra person til person. Hva en sykepleier kan bidra med, må tas stilling til fra gang til gang. Noen ganger er en samtale nok, mens andre ganger kan det

være nødvendig å hjelpe pasienten med alt fra personlig hygiene til matlaging, til å få hjelp til å oppnå kontakt med andre mennesker.

(Sneltvedt 2004) skriver i sin studie at sykepleier tar ansvar for at pasientene ivaretar helt grunnleggende behov som å spise, komme seg opp av senga, delta sosialt osv. Men sykepleier tar også ansvar for at pasienten for eksempel betaler sine regninger.

Det å kunne holde på med sin hobby, kan for mange ha stor betydning for om man har et meningsfylt liv, og som sykepleier kan det være aktuelt å bistå pasienten slik at han kan fortsette med sin hobby.

Det kan være vanskelig for pasienten å sette i gang med nye interesser og det kan være vanskelig å holde på de interessene pasienten har fra før, under en depresjon. Det vil være en av sykepleiers oppgaver å stimulere til aktivitet. Dette kan gjøres på flere måter – å introdusere pasienten for et dagsenter kan være ett alternativ.

Hvis det for eksempel er bingo på et dagsenter og pasienten vet at han kan gå der hver onsdag, vil det være lettere og faktisk gå dit, og å fortsette med å komme.

Av erfaring er det å bo hjemme ofte viktig for om noen hobbyer kan vedlikeholdes eller ikke. Jeg har opplevd at krevende hobbyer slik som keramikk eller mosaikk har blitt flyttet med til en serviceleilighet. At pasienten fikk ha med seg sin hobby, gjorde at han kunne opprettholde en viktig del av sitt liv. Han fikk noe meningsfylt å fordrive tiden med og pasienten kunne fortelle at han hadde en bedre hverdag med sin hobby, enn uten.

Å ha en hobby kan være nyttig, men kan ikke *erstatte* kontakten med andre mennesker (Travelbee 1999).

Hvis pasienten får hjelp for sin depresjon og får hjelp til å akseptere at han er syk, vil jeg tro det er lettere for han å makte å holde avtaler, for eksempel den bingoen hver onsdag

4.3 Håp

Hvis pasienten får hjelp av sykepleier til å *se seg selv*, til å se på sin situasjon vil jeg tro at det blir lettere å bære håp om å klare å være syk. Som jeg skrev tidligere i oppgaven, depresjon er ikke en normaltilstand hos eldre. Det bør være sykepleiers oppgave å sørge for at pasienten får hjelp for sykdommen. Mange eldre innfinder seg nok med at tilstanden endrer seg når en blir eldre. Det kan være at de ignorerer symptomer på sykdom fordi de tror det er normalt på grunn av alderen.

Travelbee (1999) skriver at håp er sterkt relatert til avhengighet av andre. Det er helt avhengig av andre for at den enkelte skal overleve.

Å være uavhengig er for mange veldig viktig. Det ligger inne i oss, at vi skal klare oss selv. Det vil for mange være et nederlag å be om hjelp, og for noen vil det være uaktuelt. De som ser det som uaktuelt å be om hjelp vil nok likevel ta imot hjelp om det blir tilbudt dem.

Dale (2001) fant at hjemmesykepleie hadde en sentral plass hos mange, selv om pasientene gav uttrykk for at det beste hadde vært å klare seg selv. Videre skriver forfatteren at pasientene var veldig glade for hjelpen de fikk, samtidig som de gav uttrykk for at det å være så avhengig av andre i så stor grad, påvirket følelsen av å ha kontroll over livet sitt, og at de opplevde selv å være til liten nytte for andre.

Sykepleier må se pasienten og hans behov. Sykepleier må hjelpe pasienten til å forstå at han kan leve med depresjon og likevel ha et godt liv.

Det kan være vanskelig å vite når sykepleier skal gripe inn og når pasienten trenger å utfordres. Selv om pasienten ser ut til å trenge hjelp til det meste, trenger ikke det være sannheten. Det kan være at pasienten trenger noen som utfordrer han til å ta vare på seg selv, og han på denne måten kan få håp om at han faktisk klarer ting selv.

(Sneltvedt 2004) fant i sin studie at det er en vanskelig utfordring å vite når sykepleier skal støtte og når pasienten skal utfordres. Sykepleiere erfarer at det kan ta lang tid før pasienten makter å ta ansvar for egne behov, og at det kreves stor innlevelse og tålmodighet.

En av sykepleierne spør en pasient i Sneltvedt (2004) sin studie: *"Kan vi få lov å hjelpe deg?"* så svarer pasienten: *"Ikke i dag, men i morgen"*. For sykepleieren ble det da et klarsignal om at pasienten faktisk ønsket hjelp, men han trengte tid på seg.

Det kan være at pasienten håper at noen skal bry seg, håper at noen tar tak i problemene hans og hjelper han opp på beina igjen. Selv om pasienten virker avvisende vil det være nærliggende å tro at innerst inne ligger et håp om å få hjelp.

"Håp er alltid knyttet til forventningen om at andre vil komme en til hjelp, særlig når indre ressurser ikke strekker til" (Travelbee 1999)s 119. Videre skriver Travelbee (1999) at den som har håp, befinner seg i en avhengig posisjon der hjelp fra andre blir akseptert.

Bli pasienten møtt med håp om å bli bedre fra sykepleiers side, vil det være lettere for pasienten å kunne fortelle om sine tanker og følelser, og på denne måten få bearbeide tankene og kanskje starte veien mot en bedre hverdag.

Mange ganger kan det være vanskelig for sykepleier å bli møtt med avvisning, men som sykepleier må dette bli tålt, fordi deprimerte pasienter ofte kan være avvisende i sin kontakt med andre.

(Sneltvedt 2004) skriver i sin studie at den deprimerte vil ofte være svært avvisende i kontakten fordi han opplever en intens lidelse som ikke lar seg verbalisere og som virker isolerende.

Alle mennesker har håp om *noe*. Hva de forskjellige håper er individuelt og dette må komme fram i samtale med sykepleier. Som sykepleier er det viktig å få fram at håp ikke trenger å handle om de store tingene. Det er nok å håpe på en god dag, eller håpe på en god natts søvn. Gjennom en god samtale kan pasienten få ytret sine tanker og håp og få hjelp av sykepleier til å bearbeide dette.

Det vil være uetisk av sykepleier ikke å forsøke å få til den gode samtalen. Ofte kan det være vanskelig å samtale med deprimerte. Det kan ta lang tid før pasienten svarer og det er ikke sikkert at en alltid får svar. (Hummelvoll 2004) skriver at det er viktig å huske på at dypt deprimerte pasienter trenger lengre tid enn hva som er vanlig for å oppfatte og reagere på henvendelser.

Sykepleier må ta seg tid til å vente på pasienten slik at det er mulighet for samtale. Sykepleier kan få fram mye budskap uten at pasienten sier så mye.

Det handler om å lese kroppsspråket

Etikken oppstår i møtet mellom mennesker (Brinchmann 2005). Innenfor nærhetsetikken ligger fokuset på samspeillet mellom to individer.

”Dette innebærer at sykepleieren har en empatisk forståelse av den deprimerte pasienten, samtidig som hun ikke lar seg smitte av pasientens hjelpeløshetsfølelse” (Sneltvedt 2004) s 39

Det er viktig at sykepleier har empati med pasienten. Empati er en viktig egenskap og er nødvendig for at pasienten skal føle forståelse og for å oppnå kontakt.

Gjennom kontakt kan pasienten formidle hva han håper – for dagen i dag, for morgendagen og for framtiden

4.2 Tro

Travelbee (1999) skriver at den som aksepterer lidelse, vil mestre den lidelsen som måtte komme. Hun skriver også at akseptasjon er den minst vanlige reaksjonen ved sykdom og lidelse.

”For å kunne gi et sykepleietilbud med så god kvalitet som mulig til eldre mennesker som bor hjemme og har behov for hjelp er det viktig å ha kunnskap om hvilke faktorer den eldre selv vektlegger for å ha det godt” (Dale, Dale & Lorensen 2001) s 4.

Fyffe m.fl (2008) har i sin studie funnet at de eldre søker til bønn når de er syke og deprimerte. Forfatteren skriver at det kan være at bønn er en strategi for å beskytte seg mot depresjon, dersom pasientene ikke har blitt behandlet mot depresjon tidligere.

Som en av deltagerne i (Fyffe et al. 2008)sin studie sier: *"It is very good when you speak to someone; you feel free because they are not judging you, they are helping you"* (Fyffe et al. 2008)s 19.

En annen sier: *"It is all about love, compassion, and sharing"* (Fyffe et al. 2008)s 19.

Å be til Gud kan være vanskelig i en situasjon hvor livet synes vanskelig. For andre igjen kan det være en stor trøst å be til Gud.

Det kan være at sykepleiere ikke ser på bønn som en av sine oppgaver. Jeg vil tro at mange finner det vanskelig å be sammen med pasientene. Det kan være at sykepleieren ikke er troende, eller andre personlige grunner til ikke å be sammen med pasientene.

(Travelbee 1999) skriver: *"Den profesjonelle sykepleierens oppgave er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet. Omvendt er det også den profesjonelle sykepleierens oppgave å hjelpe den som opplever håpløshet, til å gjenvinne håp"* (Travelbee 1999) s 123.

For å hjelpe pasienten til å bevare håpet kan for noen være at sykepleier ber sammen med pasienten. Jeg velger å tro at da er det ikke selve bønnen som hjelper pasienten, men at det er noen som er villige til å være der, som betyr mest for pasienten.

"Det er ganske enkelt ikke mulig å hjelpe den syke med mindre sykepleieren er tilgjengelig og villig til å snakke med den syke om det han er opptatt av, og av problemene slik den syke selv oppfatter den" (Travelbee 1999) s 123.

Dersom sykepleier ikke klarer å gi av seg selv slik at det blir et forhold å basere seg på videre, vil det samtidig være vanskelig for pasienten å gi av seg selv. Sykepleier kan bruke seg selv terapeutisk uten å bli personlig.

Travelbee (1999) skriver at å bruke seg selv terapeutisk innebærer at sykepleieren innehar en dyp innsikt i det å være menneske.

Sykepleiers livssyn og menneskesyn vil være gjenspeilet i arbeidet. Om sykepleier skal være i stand til å hjelpe pasienten må hun være i stand til å hjelpe han slik at han finner mening i situasjonen. Noen ganger kan det å be sammen med pasienten være aktuelt. Sykepleier må da være oppriktig i situasjonen og er sykepleieren ikke troende, bør dette komme fram, slik at pasienten kan velge om han fremdeles vil at sykepleier skal be sammen med han.

Travelbee (1999) skriver: *"Sykepleie er å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å finne mening i sykdom og lidelse (om nødvendig)"* (Travelbee 1999)s 48

I FNs menneskerettighetserklæring fastslår artikkel 18 at alle mennesker har rett til tanke-, og samvittighets- og religionsfrihet (Smebye 1997). Videre skriver forfatteren at det kristne livssynet er mest utbredt i Norge. De fleste eldre som er religiøse, har sannsynligvis også vært det hele livet.

(Dale, Dale & Lorensen 2001) fant i sitt arbeid at kun 5 vektla religiøs tro, mens Fyffe m.fl (2008) fant at bønn er viktig for eldre hjemmeboende pleietrengende i måten å håndtere depresjon på (50 %), og hun skriver også at dette støttes opp av flere andre studier (Fyffe et al. 2008). Å be til Gud var en kjent måte å mestre emosjonelt stress og psykisk sykdom, som hadde vært vellykket tidligere.

Sykepleier må respektere hver enkelt pasient i hva slags livssyn de har. Sykepleier kan ikke velge for pasienten i hvilket livssyn vedkommende skal ha, men det må være viktig å støtte pasienten slik at han kan fortsette å tro på sitt livssyn. Dette vil bidra til at pasienten har en god hverdag.

4.3 Avslutning

Sykepleiers holdninger til pasienten har mye å bety. Hvordan vi møter pasientene vi kommer til, når vi reiser rundt til hjemmene deres, er med på å danne grunnlaget for videre kommunikasjon.

Målet med oppgaven var å belyse hvor viktig det er at sykepleier engasjerer seg i pasienten, slik at pasienten kan få bedret sin hverdag.

Å bli gammel kan for mange være skremmende. Når de i tillegg mister mange av sine funksjoner og de blir pleietrengende kan det være vanskelig å se mening i livet. Sykepleiers oppgave må være å hjelpe, støtte og bistå pasienten slik at han får en bedre hverdag.

Gjennom å hjelpe pasienten til fortsatt å ha håp – håp til å møte det som kommer, av både vondt og godt, vil sykepleier erfare at det hjelper å hjelpe pasienter med depresjon.

Problemformuleringen i oppgaven var: *”hvordan kan man gi sykepleie til deprimerte hjemmeboende eldre, slik at de får bedret sin hverdag”*.

I oppgaven har det blitt forsøkt å sette lys på sykepleiers rolle når det gjelder å bevare håp, tro og mening, og det har blitt sett på hva sykepleier kan bidra med for å støtte. Det har òg blitt sett på pasientens behov i en slik situasjon.

Depresjon er en sykdom som kan gi både pasient og sykepleier utfordringer. For pasienten kan det være en utfordring å bli sett, det kan være en utfordring å leve med den usynlige smerten og det kan være en utfordring å måtte takle sykdommen i ensomhet.

For sykepleier kan det være en utfordring å se pasienten lide i stillhet. Det kan være vanskelig å se pasienten avvise hjelp når sykepleier ser at han trenger hjelp, og det kan være en utfordring å hjelpe en pasient som ikke viser at han vil ha hjelp.

Jeg vil avslutte med igjen å sitere Travelbees definisjon på sykepleie fordi den er dekkende for denne oppgaven:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig å finne mening i disse erfaringene”. (Kirkevold 1998)s 113

4.4 Konklusjon

For at sykepleier skal kunne hjelpe hjemmeboende eldre til å få en bedre hverdag må det settes søkelys på kunnskap om depresjon, og det må settes søkelys på kommunikasjon med eldre deprimerte mennesker. Vi får ofte høre om at sykepleiere i hjemmesykepleien har alt for liten tid. Slik det er lagt opp til, har sykepleier kun tid til hjelp til personlig hygiene og det som er høyst nødvendig. Blir det satt søkelys på mental helse tror jeg mange flere eldre vil kunne få hjelp til å bearbeide sin depresjon.

Litteraturliste

- Brinchmann, B.S. 2005, "Nærhetsetikk" in *Etikk i sykepleien*, ed. B.S. Brinchmann, 1st edn, Gyldendal akademisk, Oslo, pp. 105-119.
- Dale, B., Dale, J., Gunnar & Lorensen, M. 2001, "Quality of life among elderly who live at home and receive home nursing care; The importance of cooperation in primary health care. Utilization of physicians' services and home nursing services during different degrees of cooperation", - *Vård i Norden* 2001;21(2):4-10; - *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening* 1990;110(27):3515-6, vol. 21, no. 0107-4083; 0029-2001, pp. 4-10.
- Dalland, O. 2007, *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 4. utg edn, Gyldendal akademisk, Oslo.
- Engedal, K. & Wyller, T.B. 2003, *Aldring og hjernesykdommer*, Akribe, Oslo.
- Fyffe, D.C., Brown, E.L., Sirey, J.A., Hill, E.G. & Bruce, M.L. 2008, "Older Home-Care Patients' Preferred Approaches to Depression Care: A Pilot Study", *Journal of gerontological nursing*, vol. 34, no. 8, pp. 17.
- Hummelvoll, J. 2004, *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*, Gyldendal akademisk, Oslo.
- Jahren, K., Nina 2005, "Teoretiske perspektiver på sykepleie" in *Grunnleggende sykepleie*, eds. F. Nortvedt, E. Skaug & N.J. Kristoffersen, Gyldendal akademisk, Oslo, pp. 13-100.
- Johannessen, J. & Olaisen, J. 1995, *Prosjekt : hvordan planlegge, gjennomføre og presentere prosjektoppgaver, utredninger og forskning*, Fagbokforl., Bergen.
- Kirkevold, M. 1998, *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*, Ad notam Gyldendal, Oslo.
- Mæland, J.G. 2005, *Forebyggende helsearbeid : i teori og praksis*, 2. utg edn, Universitetsforl., Oslo.
- Moksnes, K., Martin 2003, "Depresjon og angst hos eldre" in *Aldring og hjernesykdommer*, eds. K. Engedal & T.B. Wyller, Akribe, Oslo, pp. 297-320.
- Mølstad, P., Bulechek, G.M. & Dochterman, J.M. 2006, *Klassifikasjon av sykepleieintervensjoner (NIC)*, 4. utg. [i.e. 1. utg. edn, Akribe, Oslo.
- Norvoll, R., Rugkåsa, M. & Brodtkorb, E. 2003, *Mellom mennesker og samfunn*, Gyldendal akademisk, Oslo.
- Olsson, H. & Sörensen, S. 2003, *Forskningsprosessen : kvalitative og kvantitative perspektiver*, Gyldendal akademisk, Oslo.
- Rienecker, L., Hedelund, L., Hegelund, S., Kock, C. & Stray Jørgensen, P. 2006, *Den gode oppgaven : håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*, Fagbokforl., Bergen.

- Sellæg, F., Wenche 2003, "Helsetjenester til gamle- en oppgave for spesielt interesserte?" in *Aldring og hjernesykdommer*, eds. K. Engedal & T.B. Wyller, 1.utg edn, Akribe, Oslo, pp. 45-54.
- Smebye, K., Lislerud 1997, "Verdi og mening" in *Eldre, aldring og sykepleie*, eds. M. Karoliussen & K.L. Smebye, 2. utg edn, Universitetsforl., Oslo, pp. 753-820.
- Sneltvedt, T. 2004, "Å være i en relasjon der en opplever en annens smerte", *Vård i Norden*, vol. 24, no. 4, pp. 36-40.
- Sykepleiernes samarbeid i Norden 2003a, *Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries*, Revidert utg edn, Sykepleiernes Samarbeid i Norden, Oslo.
- Sykepleiernes samarbeid i Norden 2003b, *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden*, retningslinjer edn, Norden, *Vård i Norden* 2003, nr 4.
- Thorsen, K. 2005, "Ensomhet blant eldre, selvmordsrisiko og utfordringer", *Suicidologi*, [Online], vol. 10, no. 1, pp. 05.02.08-<http://www.med.uio.no/ipsy/ssff/suicidologi/2005-nr1/Thorsen.pdf>.
- Travelbee, J. 1999, *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, Universitetsforl., Oslo.
- Troye, S.V. & Grønhaug, K. 1993, *Utredningsmetodikk : hvordan skrive en utredning til glede for både deg selv og andre*, 3. utg edn, Tano, Oslo.
- von Krogh, G. 2005, *Begreper i psykiatrisk sykepleie : sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner*, 2. utg edn, Fagbokforl., Bergen.