



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: (Bacheloroppgåve)

Kandidatnummer: 2

Leveringsfrist: 23.02.09 kl.14.00 Studenttorget

Vurderingstype: ordinær

Fagansvarlig : Benny Huser

Veileder: Aina Skorpen

Eldre og depresjon.

Det gode liv



Hun sitter alene
Venter på at noen skal hjelpe
Men ingen kommer
Så hun blir sittende...

Hun går rundt hver dag
Later som alt er bra
Men inni seg kjemper hun en bitter kamp
Som hun vet hun vil tape...

Hun skulle gjerne spurt om hjelp
Men stoltheten er for stor
Hun skal klare alt alene
Selv om hun vet hun ikke vil makte det...

Så nok en gang sitter hun alene
Kaoset inni henne vokser
Hun beskytter seg, avviser
Venter på kampens slutt...

(Ukjent.)

Sammendrag

Denne oppgaven tar utgangspunkt i eldreomsorg. Eldreomsorg er et bredt tema så fokuset i oppgaven er lagt til eldre og depresjon. Jeg har valgt å gjøre en litteraturstudie og har valgt å kalle oppgaven **Det gode liv**.

Jeg har valgt å se nærmere på hvordan jeg som sykepleier kan motivere brukeren til å mestre hverdagen og finne håp for fremtiden. På grunnlag av dette har jeg tatt i bruk Joyce Travelbees sykepleieteori for jeg synes hennes teori bygger mest på håp og mestring. Jeg endte opp med problemstillingen:

Hvordan kan sykepleier i hjemmetjenesten bidra til en bedre hverdag for eldre med depresjon?

For å kunne hjelpe en bruker med depresjon til en bedre hverdag må sykepleieren først og fremst skape tillit, trygghet og en god relasjon til brukeren for å få brukeren til å åpne seg. Sykepleieren må ha tilstrekkelig kunnskap om depresjon, aldring og de mest hensiktsmessige metodene for å komme inn på brukeren.

Min største oppdagelse i oppgaven er hvor viktig kommunikasjon er for arbeide til sykepleieren.

Summary

The starting point of this thesis is care of the elderly. The subject matter is very broad, so the focus of my assignment is depression amongst the elderly. I have chosen to do a literature study and have titled my thesis "**The Good Life**".

I have chosen to examine how I, as a nurse, can motivate the patient to cope with everyday life and find hope for the future. On this basis, I have used the Joyce Travelbees theory of nursing as I feel her approach is founded upon hope and achievement. I ended up with the following question:

How can a community nurse improve the lives of elderly patients with depression?

In order to help the patient with depression improve their quality of life, the nurse must first and foremost generate trust, confidence and a good relationship in order to enable the patient to open up.

The nurse must have sufficient knowledge of depression, aging and the most appropriate methods available in order to achieve a successful connection with the patient.

My biggest discovery throughout this assignment is how important communication is within the field of nursing.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
Innholdsfortegnelse	5
1.0 Innledning.....	6
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling.....	6
1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	7
1.3 Avgrensninger	7
1.4 Kort definisjon av sentrale begrep	7
2.0 Metode.....	9
2.1 Metodevalg.....	10
2.2 Innsamling og bearbeiding av data.....	10
2.3 Kildekritikk.	12
2.4 Etske aspekter.....	12
3.0 Teori	13
3.1 Depresjon	13
3.2 Hvem er de eldre?	16
3.3 Valg av teoretikere	17
3.4 Joyce Travelbee.....	17
3.5 Lidelse	17
3.6 Håp	18
3.7 Kommunikasjon	19
3.8 Menneske til menneske forhold	19
3.9 Presentasjon av artikkel.....	21
4.0 Drøfting	22
7.0 Konklusjon.	31
8.0 Litteraturliste.	32

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

I min bachelor oppgave ønsker jeg å fordype meg i temaet eldre og depresjon.

Det viser seg at frem mot 2040 vil tallet på personer over 67 øke kraftig, til ca 889.000. I forhold til totalbefolkningen på noe over 4 mill utgjorde andelen over 67 år 14.4 % i 1990 og vil bli 18.9 % i 2040 (etter alternativ M1, Statistisk sentralbyrå, det vil si med konstant fruktbarhet, en nettoinnvandring på 5000 personer per år og en svak reduksjon i dødelighet) (Karoliussen og Smebye 2006)

En større økning av eldre betyr et større behov for eldreomsorg som igjen betyr et større behov for pleiere/sykepleiere som kan ta seg av disse eldre. Det betyr og at de som skal ta seg av de eldre har den kunnskapen som skal til for at de eldre skal få det best mulig.

Innenfor gruppen eldre vil det samtidig bli en økning i gruppen av de *eldste eldre* på 80 år og over. I perioden 1990 – 2040 vil tallet på eldre over 80 år øke jevnt fra 3.8 % til 5.8 % av totalbefolkningen. I fremtiden vil vi derfor ha en vesentlig forskyvning mot de aller eldste aldersgruppene. Det er av særlig interesse når vi vet at eldres behov for hjelp øker med alderen. Dette må vi så klart ta hensyn til i planleggingen av eldreomsorgen i fremtiden. (Karoliussen og Smebye 2006)

De eldre ønsker å bo lengst mulig hjemme hos seg selv. Den nærmeste familien er da ofte den viktigste omsorgsgiveren deres. I dag står mange familier i en vanskelig situasjon. De har ikke noe juridisk plikt til å hjelpe sine eldre, men de fleste ønsker å hjelpe og gjøre det de kan. Men familiens forutsetning for å kunne påta seg omsorgsoppgaven er endret. Flere faktorer bidrar til at familiens omsorgskapasitet er redusert, og derfor er eldreomsorg som før i tiden var hovedsakelig en familieoppgave blitt i større grad et offentlig anliggende. (Karoliussen og Smebye 2006)

Depresjon forekommer relativt hyppig hos eldre. Undersøkelser gir like forekomsttall, og en regner med at mellom 12 og 15 % av befolkningen på 65 år og eldre har en behandlingstrengende depresjon. Av disse har 2 til 3 % alvorlig depresjon. (Karoliussen og Smebye 2006)

På grunn av opplysningene i teksten over har jeg kommet frem til problemstillingen:

Hvordan kan sykepleier i hjemmetjenesten bidra til en bedre hverdag for eldre med depresjon?

1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Jeg har lyst å arbeide med dette temaet for det blir som en ser flere og flere eldre i fremtiden og jeg er en av de som ønsker å tilegne meg mest mulig kunnskap for at disse eldre skal få et verdig liv og en bedre hverdag. At de eldre skal sitte alene med sine problemer og kanskje verken de eller de pårørende klarer å identifisere problemet kan ødelegge store deler av alderdommen deres. Jeg ønsker derfor at sykepleierne skal kunne ha nok kunnskap til at de kan identifisere en eventuell depresjon uten at den eldre eller pårørende har spurt om hjelp.

1.3 Avgrensninger

Jeg ønsker å se dette fra sykepleiers ståsted. Hva tiltak sykepleieren kan gjøre for at brukeren skal få en bedre hverdag. Siden de fleste eldre ønsker å være hjemme lenger mulig vil jeg sette fokus på hjemmeboende eldre og dermed er det naturlig at det er hjemmesykepleien jeg fokuserer på. Hjemmesykepleieren kan ofte være den eneste sosiale kontakten den eldre har i løpet av uken, så jeg mener det er de som har den beste forutsetningen for å ta tak i de eventuelle problemene som ikke har blitt tatt tak i eller sett av andre.

1.4 Kort definisjon av sentrale begrep

Bruker:

I min oppgave ønsker jeg å bruke begrepet *bruker* om den hjelpetrequende. Dette fordi det er det begrepet jeg har vært vant med å bruke i hjemmetjenesten og derfor mest naturlig for meg.

Som bruker får den hjelpetrequende en mer aktiv rolle enn som pasient. Brukerbegrepet formidler et perspektiv som legger vekt på pasientens muligheter til å spille en mer aktiv rolle, og tydeliggjør pasientens rett til selvbestemmelse og myndiggjøring.

(Fjørtoft 2006)

Depresjon:

Depresjon betyr nedtrykthet, og henspiller på en sinnstilstand preget av tristhet, motløshet, hjelpeløshet og sørgmodighet. Ofte er det angst og uro, hemning av tankevirksomhet, psykisk og motorisk treghet og initiativløshet med i dette bilde. En del mennesker med depressiv lidelse virker innadvent og isolerer seg. De føler liten og ingen glede ved livet, kjenner seg verdiløse og har liten tro på seg selv. De psykiske symptomene ledsages ofte av nedsatt appetitt, søvnløshet og smerter.

(Berentsen mfl 1995)

Hjemmesykepleie:

Hjemmesykepleie er et tilbud om pleie og omsorg til hjemmeboende når sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon gjør at de trenger hjelp i kortere eller lengre tid. Det er ingen begrensninger knyttet til alder eller sykdom, men det er et tilbud til alle som har behov for nødvendig helsehjelp hjemme. Hjemmesykepleie er en generell og omfattende tjeneste med helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og lindrende funksjon.

(Fjørtoft 2006)

2.0 Metode.

Tranøy definerer metode som: *en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som settes frem med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare.*

Aubert definerer metode som: *et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Hvilke som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.*

(Dalland 2007)

Metode er et redskap som brukes når man skal samle inn data, det betyr den informasjonen som trengs for å finne svar på valgt problemstilling.

En velger den metoden som på best måte kan fremskaffe faglige og holdbare opplysninger på aktuell problemstilling

Siden data kan tolkes på ulike måter er det nødvendig med en systematisk fremgangsmåte

(Dalland 2007)

Kvalitativ og kvantitativ metode:

Kvalitativ metode benyttes for å finne data som kan karakterisere et fenomen.

En kvalitativ metode søker å gå i dybden, få frem det spesielle, formidle forståelse og få frem mest mulig opplysninger om et lite utvalg. Man undersøker sosiale fenomener, noe som ikke kan tallfestes.

(Dalland 2007)

Den kvantitative metode tar sikte på å beskrive et fenomen ved bruk av tall og forme informasjon til målbare enheter, som gir mulighet for å foreta regneoperasjoner.

(Dalland 2007)

2.1 Metodevalg.

Valg av metode er litteraturstudie.

Dette er en metode som går ut på å fordype seg i allerede bestående og relevant litteratur på område, for eksempel fagbøker, fagartikler, undersøkelser og studier som andre har forsket frem.

En bruker litteraturstudie for å svare på en problemstilling som bygger på kunnskap fra bøker og nedskrevne kilder. Litteraturen som brukes må være i relevans for temaet.

(Forsberg og Wengstrøm 2008)

Det positive med litteraturstudie er at man lærer mye gjennom å samle data som er relevant for oppgaven. Dataen er og tilgjengelig gjennom hele skriveprosessen noe som gjør at en kan gå tilbake mange ganger og få en god forståelse av litteraturen.

Ulempen ligger i at en må stole på at dataen, altså forskningen og undersøkelsene er relevante, pålitelige og gyldige. Informasjonen er bygget på en annenhands informasjon. Dataen er funnet tolket og nedskrevet av andre.

Utfordringen ligger i å plukke ut det som er relevant for min oppgave og min problemstilling.

(Dalland 2007)

2.2 Innsamling og bearbeiding av data.

Dalland skriver at litteratur er et viktig grunnlag for alle studentoppgaver. Det er den kunnskapen oppgaven tar sitt utgangspunkt i, og som problemstillingen skal drøftes opp mot.

Det bør derfor være klart hvorfor litteraturen er blitt valgt ut, og hvordan utvalget er gjort.

Oppgavens troverdighet og faglighet er avhengig av at kildegrunnlaget er beskrevet.

(Dalland 2007)

Data skal være systematisk utvalgt for å være troverdig i undersøkelsen. Den skal stemme overens med virkeligheten og resultatene skal være kontrollerbare. Data som skal bli brukt i en oppgave skal brukes nøyaktig.

Kravene om systematisk utvelging av data er helt sentralt, og tar sikte på å hindre at data blir valgt på en slik måte at det påvirker resultatet av undersøkelsen.

(Dalland 2007)

Jeg ønsker og å se ting ut fra blant annet Joyce Travelbees sykepleieteori. Har funnet litteratur som omhandler mitt tema i bøker og artikler på nett.

Jeg hadde satt en grense på at den litteraturen jeg fant ikke skulle være eldre enn 10år. Allikevel har jeg valgt å bruke noe litteratur som går lengre tilbake i tid enn 10 år, fordi jeg finner innholdet i dem relevant for min problemstilling

Har benyttet meg av skolens bibliotek, lokalt bibliotek og pensumbøker. Har søkt på BIBSYS, Sykepleien.no, Tidsskrift for norsk legeforening og Vård i nord. Har brukt søkeord som: depresjon, eldre, geriatri, hjemmesykepleie, livskvalitet, eldreomsorg, ensomhet, og disse ordene i ulike sammensetninger.

Jeg endte opp med å bruke mye pensumbøker for det var de bøkene som inneholdt mest relevant litteratur. På nettet var det vanskelig å finne litteratur om eldre og depresjon uten demens. Ser ut som det er mye fokus på demens og depresjon.

Oppgaven blir satt opp i innledning, metode, sykepleieteori, drøfting, konklusjon/avslutning og litteraturliste.

2.3 Kildekritikk.

Med kildekritikk menes det å vurdere og reflektere over den aktuelle litteraturen. Det er viktig at den litteraturen som blir brukt er av god kvalitet. Samtidig skal den være av god relevans, og gyldighet i forhold til oppgave og problemstilling.

Kildekritikk vil ikke si at vi skal gjøre oss selv til dommere over forskningsarbeidet som ligger til grunn for en rapport eller over kvaliteten på det faglige innholde i en bok. Man skal hele tiden huske at kritikken skal ses i lys av det kilden skal belyse.

Kildekritikken skal vise at vi er i stand til å forholde oss kritisk til det kildemateriale som blir brukt i oppgaven.

(Dalland 2007)

2.4 Ethiske aspekter.

Når en skriver en litteraturoppgave, er det funnene en velger å bruke som er selve basisen i oppgaven. I denne sammenhengen må en alltid huske å oppgi hvilke kilder en bruker og henvise til dem på riktig måte. Det er uetisk og referere til feil person og dermed påstå at personen har sakt noe han ikke har sakt.

(Dalland 2007)

Forskningsetiske normer setter krav til personvern, taushetsplikt, informert og frivillig samtykke og anonymitet blir ivaretatt ved all forskning. En er nødt til å være kritisk til valg av litteratur i en litteraturstudie, og en må kunne gå ut fra at litteraturen en bruker overholder forskningsetiske normer og regler.

(Dalland 2007)

3.0 Teori

3.1 Depresjon

Depresjon er en vanlig lidelse hos eldre, og den må ikke forveksles med å ha sorg eller lettere depressive reaksjoner. Mange kan kjenne seg triste og være lei seg i forbindelse med de påkjenningene dagliglivet byr på. Vanligvis glir tristheten over etter kort tid. Depresjon derimot, er en krevende sykdom som er en betydelig belastning for pasient og pårørende. Mange mennesker med og uten helsefaglig bakgrunn tar alt for lett på denne sykdommen. Konsekvensen av dette er at mange eldre med depresjon ikke søker hjelp for sine plager. Noen har ikke energi eller initiativ til å søke hjelp. Andre tror ikke det er håp for dem, eller at det finnes behandling som kan hjelpe. Noen søker hjelp, men pårørende og lege kan få inntrykk av at plagene er forståelige og kan forklares som en naturlig del av det å bli gammel. Dermed får ikke pasienten den behandling som er nødvendig.

Mange studier viser at selv om diagnosen er kjent, får langt under halvparten den behandlingen de skulle hatt. Nedsatt hukommelse er et hyppig symptom ved depresjon, og flere frykter at det er en demenssykdom i utvikling. En vurdering hos lege kan være meget viktig. En ubehandlet depresjon hos eldre kan vare i flere år. Dermed kan følgene bli meget alvorlige.

(Fossan og Raaheim 2001)

Det er trolig flere faktorer som sammen bidrar til økt forekomst av depresjon i eldre år:

- Rent biokjemisk skjer det endringer i konsentrasjonen av nerveoverføringssubstanser i hjernen som følge av normale aldringsforandringer. Det er særlig konsentrasjonen av stoffet serotonin som har betydning for en depresjonsutvikling.
- Også psykologiske faktorer virker inn. Mange eldre opplever etter som årene går at de mister stadig flere av sine nærmeste. Ektefelle og venner dør. Mange opplever også tap av posisjoner, selvhjulpenhet og mestring.
- Sosiale faktorer som ufrivillig ensomhet, isolasjon og understimulering kan virke inn.
- Somatiske sykdommer og medfølgende medikamentell behandling bidrar ofte til depresjonsutvikling.

Det finnes ingen enkel modell som kan forklare hvorfor depresjon opptrer så hyppig for første gang i livet hos eldre mennesker. Tap regnes som den viktigste fellesnevneren, og man tenker på alle mulige slags tap. Tap av helse, av funksjonsevne, av ektefelle, av et nært familiemedlem, av sosial posisjon og relasjon, tap av rolle og identitet og tap av selvstendighet. Alvorlige tap stiller store krav til individets psykologiske mestringsevne. Selv personer som har klart mange motbakker før i livet, kan få problemer når tapene tårner seg opp i alderdommen (Murphy 1982).

(Snoek og Engedal 2005)

Symptom

Følelsesmessige symptom:

Den eldre deprimerte kan virke utilfreds og interesseløs. Angst er ofte knyttet til depresjon hos eldre. Personen kan virke urolig, irritabel og oppfarende. Den deprimerte preges også hyppig av tomhetsfølelse. Vedkommende føler seg verdiløs og til overs i samfunn og familie. Stemningsleie er ikke alltid så påfallende senket hos eldre som hos yngre med depresjon.

Mentale symptomer:

Deprimerte eldre kan ha svære konsentrasjonsproblemer og oppmerksomhetssvikt på linje med aldersdemente. De kan også ha hukommelsesproblemer, forvirring og motorisk uro. Ofte er de hemmet i tanke og handling, og tankene kverner rundt opplevelsen av å være unyttig og ikke mestre noe.

Somatiske symptom:

Ikke sjelden opplever en at eldre deprimerte gir uttrykk for hypokondre ideer. De er opptatt av somatiske symptom, og det er ikke mulig å berolige dem til tross for gjentatte undersøkelser og avkrefning av sykdom. De kan også ha diffuse kroppssmerter, besvær med mage og tarm, obstipasjon, søvnproblem, kronisk tretthet og vekttap.

(Karoliussen og Smebye 2006)

Ofte er depresjon en skjult lidelse som personen sliter med på egen hånd, uten at det er stilt noe diagnose. Særlig viser det seg at dette er tilfelle for mange eldre. Dette innebærer at blant hjemmesykepleiers brukere er det mange som sliter med depresjon.

Sykepleierens første oppgave er å kartlegge hvordan brukeren klarer seg i hverdagen. For den deprimerte vil de daglige gjøremålene ofte bli uoverstigelige.

(Fjørtoft 2006)

For å kunne hjelpe er det nødvendig å skape en god relasjon til brukeren. Dette tar ofte lang tid. Mange er skeptiske til å slippe fremmede inn i eget hjem og noen mangler innsikt i egen situasjon og har derfor ingen forståelse av at de trenger hjelp. En må vise respekt og være til å stole på. Så langt som mulig bør det være faste personer som går hos brukeren. Det betyr mye at sykepleieren i tillegg til å ha fagkunnskap blir kjent med brukeren og vet hva som kan hjelpe han.

(Fjørtoft 2006)

Depresjon er en smertefull tilstand, uansett alder. Aktuelle behandlingstiltak kan være samtaleterapi og medikamenter. I tillegg må sykepleieren ha fokus på grunnleggende behov og samarbeide med brukeren om å bryte isolasjonen.

(Fjørtoft 2006)

3.2 Hvem er de eldre?

Å bli gammel er en livslang prosess. Eldre mennesker har et langt liv bak seg, preget av både nære og fjerne hendelser. I møte med eldre er det derfor viktig å ha med seg livsløpsperspektivet. *Livsløp* er sosialt definerte hendelser og roller som individet gjennomlever over tid. Brukeren er ikke bare en gammel person, men et menneske med et levd liv.

Det er viktig å kjenne til når og hvor personen er født, for å vite noe om hva slags liv vedkommende kan ha levd. Alderdommen er på mange måter et speil av det livet en har levd.

Dagens eldre har erfart store samfunnsmessige endringer.

(Fjørtoft 2006)

Livserfaring og psykologisk ballast har stor betydning for hvordan tankene og følelsene blir som gammel. Man merkes av det livet en har levd.

Kroppen eldes ofte før tankene, og tankene og intellektet utvikles videre mens kroppen forfaller. Dette kan gi tilpasningsproblemer til alderdommen.

Alder og visdom hører i vår begrepsverden naturlig i sammen. I andre kulturer blir dette lagt mer vekt på enn i vår, og de eldres posisjon i samfunnet er sterkere i disse kulturene.

(Ranhoff 2005)

Eldre som har et godt liv, gleder seg over dagen i dag. De har ofte en enestående evne til å glede seg over små ting i hverdagen og gode opplevelser fra tidligere i livet. Og våkne til en ny dag og kjenne at man er til kan være en av de største gleder.

(Ranhoff 2005)

3.3 Valg av teoretikere

Jeg har valgt å bruke sykepleieteoretiker Joyce Travelbee. Dette fordi jeg tror at for å skape en bedre hverdag for brukerne må en fokusere på håp, mestring og menneske til menneske forhold som er Travelbees fokus.

3.4 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee er en sykepleieteoretiker fra USA. Hun har arbeidet som psykiatrisk sykepleier og retter i sin sykepleietenkning oppmerksomheten spesielt mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien.

(Kristoffersen mfl 2005)

Travelbee forholder seg til ethvert menneske som en unik person. Det enkelte menneske er enestående og uerstattelig, forskjellig fra alle andre som har levd, og som noen sinne kommer til å leve.

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der sykepleieren gir hjelp til å forebygge, mestre eller finne mening med sykdom og lidelse.

Travelbees sykepleiedefinisjon er velkjent og allmennakseptert. Den bygger på et eksistensialistisk menneskesyn og på det faktum at lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskelivet.

(Kristoffersen mfl 2005)

3.5 Lidelse

Lidelse er noe alle vil oppleve før eller senere i livet. Travelbee sier at det er de tingene som betyr mye i livet som oftest er bakgrunn for lidelse. Det finnes ulike forhold som kan gi opphav til lidelse. Felles for dem alle, er at lidelse oppstår når individet rammes av forskjellige former for smerte. Dette kan være sykdom, tap, fysisk og/eller psykisk smerte. Det å miste en ektefelle eller nær familie kan derfor føre til lidelse for den som sitter igjen.

Travelbee beskriver to måter å reagere på ved lidelse og sykdom. ”hvorfør meg?” reaksjonen og ”hvorfør ikke meg?” reaksjonen.

”Hvorfør meg?” er i følge Travelbee den vanligste måten og reagere på. Dette fører til at personen ikke klarer å akseptere den situasjonen som skaper opplevelse av lidelse. Mangel på akseptasjon utløser sterke følelsesmessige reaksjoner som varierer i intensitet, omfang og varighet. Reaksjonene kan gi utslag i selvmedlidenhet, bebreidelse, depresjon, forvirring eller sinne.

(Kristoffersen mfl 2005)

3.6 Håp

Sykepleierens overordnede mål er i følge Travelbee tenkning å hjelpe personen til å mestre, bære og finne meningen i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom. I tillegg til begreper som å mestre, bære og finne mening er begrepet håp sentralt knyttet til sykepleierens mål og hensikt hos Travelbee. Ved å understøtte håpet hos mennesker som lider, hjelper sykepleieren dem til å mestre lidelsen i større grad enn de ellers ville gjort.

Håp kan defineres som:

”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 mer behagelig, meningsfylt eller glederikt dersom han oppnår det han ønsker”

Et menneske som har mistet håpet ser ikke lenger noen mulighet til å forandre og forbedre sin livssituasjon.

En faktor som er knyttet til håp er tillit. Tillit kommer til uttrykk i troen på at andre vil hjelpe oss når det trengs.

(Kristoffersen mfl 2005)

3.7 Kommunikasjon

Travelbee beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktige redskaper når det gjelder å etablere et menneske til menneske forhold til brukeren. Hun sier at kommunikasjon er et middel til å bli kjent med brukeren, forstå og møte brukerens behov, og hjelpe vedkommende til mestring av sykdom, lidelse og ensomhet. Travelbee mener og at gode kommunikasjonsferdigheter forutsetter at sykepleieren har en disiplinert og intellektuell tilnærming og bruker seg selv terapeutisk. Disse ferdighetene kan læres, men det tar lang tid og er i seg selv en livslang prosess. Hun hevder at man aldri blir utlært på dette område. (Eide og Eide 2006)

3.8 Menneske til menneske forhold

Et menneske – til – menneske forhold kan ikke etableres mellom roller, men utelukkende mellom personer. Det er derfor avgjørende at bruker og sykepleier overvinner det stadiet der de betrakter hverandre som roller – som ikke noe annet en bruker og pleier – og at de beveger seg inn i et nytt stadium der de for alvor ser hverandre, og der de forholder seg til hverandre som unike personer. Et menneske – til – menneske forhold etableres i følge henne gjennom en interaksjonsprosess som har flere faser:

Det innledende møte: Kjennetegnet på det innledende møte er at bruker og sykepleier ikke kjenner hverandre. Sykepleieren forholder seg til brukeren som til en hvilken som helst annen bruker, mens brukeren forholder seg til sykepleieren ut fra sine forventninger til sykepleiere generelt. I det innledende møte får begge parter et førsteinntrykk av hverandre som personer. Sykepleieren får et glimt og en følelse av hva slags person pasienten er, og pasienten gjør sine tanker om hvem denne spesielle sykepleieren er. Utfordringen for sykepleieren er å bryte ut av sin forutinntatte oppfattning av brukeren og se han slik han er som person.

Fremvekst av identitet: Etter hvert som interaksjonen mellom bruker og sykepleier utvikler seg, vil både brukers og sykepleiers identitet tre frem og bli oppfattet av den andre. De stereotype rolleoppfatningene blir svakere, og sykepleieren og brukeren begynner å etablere et kontaktforhold.

(Kristoffersen mfl 2005)

Empati: Empati er i følge Travelbee ... evnen til å trenge inn i, eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som den andre personen er i der og da. Ved empati kan en person delta i og forstå meningen med den andres tanker og følelser, samtidig som personen holder sitt eget selv atskilt fra den andres. I en situasjon der en har empati med et annet menneske, opplever en nærhet og kontakt. I sykepleiersammenheng gir empatisk forståelse viktig informasjon når det gjelder å forstå den andre personens indre opplevelse og ytre atferd. Når det har forekommet empati mellom to mennesker er forholdet deres forandret.

Sympati: Sympati er et resultat av den empatiske prosessen. Sympati er knyttet til et ønske om å hjelpe pasienten. Ønske oppstår på grunnlag av den innsikten i og forståelsen for brukeren som er utviklet i empatifasen.

Sympati er en innstilling eller en holdning, det vil si en måte å tenke og føle på som sykepleieren formidler til den andre. Når en uttrykker sympati overfor brukeren, formidler en at en er engasjert i han som person og bryr seg om hvordan han har det.

Etablering av gjensidig forståelse og kontakt: denne fasen er et resultat av det som har skjedd gjennom interaksjonen gjennom de tidligere fasene, og den utvikles når sykepleieren i handling har vist både forståelse og ønske om å hjelpe brukeren til å få det bedre, og rent faktisk hjelper. Å utvikle en kontakt til dette nivået forutsetter at sykepleieren både har et ønske om å hjelpe og har de kunnskaper og ferdigheter som skal til for å iverksette sykepleietiltak i samsvar med brukers behov. En bruker får sterk tillit til en sykepleier som gjennom sine handlinger viser seg som en brukeren kan stole på.

(Kristoffersen mfl 2005)

3. 9 Presentasjon av artikkel

Dale Bjørg mfl (2001) *Livskvalitet hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie.*

Hensikten med studien i denne artikkelen var å kartlegge hva som er viktig for at hjemmeboende pasienter skal oppleve sin livssituasjon som god, på tross av endringer som skjer som følge av alderdom og økt sykdomsforekomst. Metode: Pilotstudie.

Det var to forskningsmål/spm eller **problemstillinger** som var utgangspunkt for studien:

- Hvilke faktorer mener pasientene at er de viktigste for at de skal ha livskvalitet og hvilke faktorer mener de i størst grad bidrar til å redusere deres livskvalitet?
- Hvor tilfreds er eldre pasienter i hjemmesykepleien med ulike livsområder som er viktig for dem, og hvordan vurderer de sin totale livskvalitet?

Det ble undersøkt 57 personer over 65år som mottok hjemmesykepleie. Kriteriene for intervjuobjektene er beskrevet i teksten. Det var 35 kvinner og 22 menn. Tabellene er godt beskrevet i teksten.

Undersøkelsen ble delt inn i fire områder: Helse/funksjon, sosioøkonomi, psyk/åndelig og familie.

I undersøkelsen ser det ut som at de eldre er forberett på at helsen skranter med årene, så det var ikke generelt noe problem, men visst helsen skantet så pass at en ikke fikk leve et sosialt aktivt liv, kunne klare seg i eget hjem, drive med fritidssysler eller være selvhjulpne og uavhengig ville det bli noe annet.

Mange var takknemlig for hjemmesykepleien fordi det ga dem muligheten til å bo hjemme.

I psyk/åndelig kunne det se ut som kvinnene klarer seg best.

Jeg vil bruke resultatet av denne artikkelen i drøftingen for å vise at alderdommen er ikke så trist som mange vil ha det til og at livskvaliteten kan oppfattes god selv om andre oppfatter den som dårlig.

4.0 Drøfting

Depresjon er som nevnt i teksten over vanlig i høy alder. Men problemet er at dette overses ofte av helsepersonell. Eldre brukere kommer sjelden til lege og sier at de er deprimerte eller nedfor. Triste eldre tenker ofte ikke på seg selv som deprimerte. Depresjon er ingen naturlig del av alderdommen og dette er derfor ikke noe de eldre bare skal leve med. Ofte kan hjelp fra familie og venner være nok, men noen ganger trengs profesjonell hjelp.

(Ranhoff 2005)

Med tanke på at de eldre ofte ikke tenker på seg selv som deprimerte, men kanskje sliter med en depresjon allikevel vil jeg legge mitt fokus på å drøfte hvordan sykepleieren kan vurdere pasienten og eventuelt hva tiltak som kan gjøres ved en eventuell depresjon. Dette med utgangspunkt i min problemstilling: **Hvordan kan sykepleier i hjemmetjenesten bidra til en bedre hverdag for eldre med depresjon?**

Altså hvordan hjelpe til. Noen av stikkordene i denne drøftingen vil derfor være hjemmetjenesten, kommunikasjon, motivasjon, mestring, håp, brukermedvirkning, tillit, tid, medikamenter og kartlegging.

Hjemmesykepleie er et viktig tiltak for hjemmeboende eldre. De skal være et alternativ og et supplement til institusjonsinnleggelse.

(Karoliussen og Smebye 2006)

Målet til hjemmesykepleieren er å gi brukeren hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem, slik at han får en bedre hverdag og kan bo hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig.

(Fjørtoft 2006)

Jeg vil ta med et sitat fra 1954 som jeg synes belyser at eldreomsorg har vært en utfordring i mange år og bør etter hvert bli satt mer lys på for å løses:

”problemet” ”de eldre” er ikke så enkelt at det kan løses ved å bygge gamlehjem. De fleste eldre ønsker ikke å komme på gamlehjem, de trives best visst de kan få være i egne hjem.

(fra et foredrag av Dr Ebbing 1954)

(Daatland 1987)

For å oppnå målet om at brukeren skal få bo hjemme lengst mulig og få en god hverdag må alle hans behov bli dekket, fysisk, psykisk, sosialt og åndelig.

(Eitungjerde 1998)

For å kunne skape en bedre hverdag eller et godt liv for brukeren må sykepleieren prøve å finne ut hva som er meningsfullt for den aktuelle brukeren og hva han verdsetter og ønsker. Ikke alle mennesker har like kriterier for hva de syns er en god hverdag eller et meningsfylt liv. Det er viktig for sykepleieren og finne ut hva som gav livet mening før. En må vite om det finnes mennesker eller ting brukeren er glad i, og som han vil leve for.

(Karoliussen og Smebye 2006)

Travelbee sier i denne anledning at: *å bli kjent med pasienten som person og å identifisere hans behov er en forutsetning for å kunne utføre god sykepleie.*

(Kirkevold 2006)

Utgangspunkt for arbeid med den deprimerte er å møte han som person, og hjelpe han til å identifisere og bearbeide problemene i hans nåværende livssituasjon. Forutsetningene for å gi adekvat hjelp er at man samler data om hans totale situasjon. Dette gjøres gjennom samtaler, observasjoner og informasjonen fra andre enn brukeren (lege, pårørende). For å få et helhetlig bilde av pasienten trenger sykepleieren å få kunnskaper om fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter i hans situasjon.

(Hummelvoll 2006)

Det er gjort ulike studier på hva som er viktig for at brukerne skal føle at de har et godt liv på tross av endringene i livet og deres mestringsevne.

Det viser seg at de fleste eldre syns generelt at deres livskvalitet er god og det kan se ut som de eldre er forberett på at helsen "skranter" med årene. En mekanisme for å øke selvaktelsen viser seg å være en slags sosial sammenligning der en sammenligner seg selv med dem som har det dårligere. Men det som så ut til å bety mest for de eldre i undersøkelsen var de følgene som den reduserte helsen hadde for andre områder i livet, som det å få leve et sosialt aktivt liv, kunne klare seg i eget hjem, drive med hobbyer og ikke minst det å være selvhjulpen og uavhengig.

(Henviser til 3.9)

Dette viser at fokuset for sykepleieren bør være å tilrettelegge slik at brukeren skal kunne klare seg best mulig på egen hand for å finne mening i hverdagen og ha et god hverdag.

Eldres mestring av tilværelsen er kommet mer i fokus og har vært studert spesielt i forhold til tap i eldre år (Monyham og Scott 1995). Et sentralt spørsmål er om det skjer en endring i selve mestringen ved økt alder, eller om endringene skyldes at eldre står overfor helt andre situasjoner enn yngre. Sannsynlighetene taler for at begge mulighetene er mulige. Eldres sykdom og helsesvikt vil i praksis kunne forringe mestringsmulighetene. (Karoliussen og Smebye 2006)

Brukermedvirkning er et sentralt mål som vi ikke kommer utenom. Vi finner det understreket i lover, forskrifter og offentlige meldinger, både som en rettighet og som en ideologi.

Brukeren skal ha reel innflytelse på tjenestetilbudet. Medvirkning og medbestemmelse for brukerne av pleie og omsorgstjenestene er et sentralt prinsipp som er blitt stadig mer vektlagt. Dette prinsippet bygger på grunnleggende menneskerettigheter, som rett til autonomi, rett til samtykke i behandlinger og rett til respekt for personlig integritet. Den enkelte har rett til å fatte beslutninger om eget liv og bli respektert for dette.

For å kunne leve et selvstendig liv på egne premisser må brukeren være delaktig i og ha innflytelse på beslutninger som angår han. Det gjelder også når han blir avhengig av hjelp for å mestre hverdagen sin.

(Fjørtoft 2006)

Mestring og ”empowerment” angis ofte som mål for ulike opplæringstiltak i offentlige dokumenter.

Å bemyndige en person betyr å sette vedkommende i stand til noe bestemt. Å bemyndige en bruker innebærer å styrke hans kompetanse, selvtillit og evne til aktivt å medvirke og ta ansvar når det skal formuleres mål, tas beslutninger og utføres handlinger knyttet til behandling og pleie.

Bemyndigelse er en prosess hvor en hjelper menneske til å oppnå kontroll over faktorer som påvirker deres helse (Gibson 1991).

Sykepleiere må være bevisste og bør ha det som et av sine overordnede mål og myndiggjøre sine brukere.

Å hjelpe brukeren til økt kontroll over faktorer som påvirker hans helse, innebærer ikke minst at helsepersonellet har ansvar for å ta initiativ til å gi informasjon, undervise og veilede brukeren. Som grunnlag for å ivareta denne delen av sykepleiefunksjonen må sykepleieren ha et gjennomtenkt forhold til hva det innebærer for en person å lære.

(Kristoffersen mfl 2005)

Samtaler og samvær er en viktig del av behandlingen av deprimerte. En kan ha ulike innfallsvinkler i samtalebehandlinger. Det er ikke sikkert at sykepleier bruker en rendyrket metode i sin tilnærming, men det kan være viktig å kjenne til ulike metoder likevel.

Støttesamtaler skal være et fristed der bruker kan ha mulighet til å luften sine følelser. En gir personen et fristed der han kan få dele sin opplevelse a situasjonen med en aktiv lyttende person. Det er viktig at bruker er trygg og kan stole på at samtalen blir fulgt opp med flere, forpliktende møter.

Kognitiv tilnærming vil si at en hjelper brukeren med en tankemessig bearbeiding av situasjonen. Personen mangler ofte opplevelsen av at det finnes løsningsmuligheter, og kommer lett inn i en passiv rolle. I den kognitive tilnærmingen inviteres brukeren til egeninnsats. Oppmuntre til å tenke positivt.

Parallelt med kognitiv bearbeiding i samtaler oppmuntrer en bruker til å delta i aktiviteter og sosiale sammenhenger og til vekslng mellom aktivitet og kvile.

Minnearbeid. Gamle har en del minnearbeid som kan vise seg å være nyttig innfallsvinkel i behandlingen. Aktivt bruk av minner fra livshistorien kan bidra til å styrke brukerens identitet, selvfølelse og evne til samvær med andre. En kan forsøke å gjenoppfriske tidligere erfaringer og hendelser fra en tid da brukeren hadde større vigør, styrke og engasjement.

Temaer for minnearbeid kan være nære og meningsfulle forhold til andre, kreativt arbeid, fysisk funksjonsevne og åndelig tro.

(Karoliussen og Smebye 2006)

For å kunne utøve en god og terapeutisk kommunikasjon med brukeren må en skape et menneske – til – menneske forhold.

(Henviser til 3.8)

Travelbee sier at: *vi må se personen og ikke sykdommen.*

Hun sier og at: *kommunikasjonsteknikker ikke er mirakelkurer for problematiske interaksjoner. Det finnes ingen trylleformel som man kan si for å etablere et bånd.*

(Kirkevold 2006)

Målet for sykepleie til deprimerte eldre er i hovedsak å styrke pasientens selvbilde, håp og livskvalitet. Tiltak som kan føre til målet, ligger i hovedsak i tilnærming og oppfølging av brukeren og tilrettelegging av det fysiske miljø.

En deprimert pasient må først og fremst føle seg forstått og respektert. For å kunne hjelpe vedkommende ut av den tunge tilstanden er det avgjørende at en evner å stille seg tilgjengelig og vise empati i forståelse og behandling av brukeren. En må hele tiden klart og tydelig signalisere at en verdsetter og forstår bruker. Det kan en for eksempel gjøre ved å gi seg tid og gi uttrykk for at en vil være tilstede.

Det er viktig å gi seg tid inne hos brukeren. Noen ganger må en vente lenge for å få opprettet kontakt. Noen ganger kan det hende at brukeren ikke vil oppleve at en har vært der vi det hele tatt hvis en ikke gir seg god tid og signaliserer at en bryr seg. Hvis en sitter hos brukeren uten noen krav eller forventninger, men med et ønske om å være tilstede for personen, kan han få den nødvendige troen på at han er verdig.

(Karoliussen og Smebye 2006)

Der er viktig å dele tid med brukeren – selv om han sier lite. At sykepleieren setter seg ned å sier at hun ønsker å bli hos han en stund viser at en oppfatter brukeren som en verdifull person.

(Hummelvoll 2006)

Travelbee sier om dette at: *Det enkelte menneske er enestående og uerstattelig, forskjellig fra alle andre som har levd, og som noen sinne kommer til å leve.*

(Henviser til 3.8)

Det at en er til stede kan være et viktig signal til pasienten om håp. Den som er deprimert, opplever mye av tilværelsen som håpløs og trenger hjelp til å holde håpet om fremtiden levende.

Håpet er av vesentlig betydning for å holde ut og for å gjennomleve lidelse og plager. *”Håpet er det stoff vårt liv er laget av. Det kan være ille medtatt og tilredt, men ligger likevel i sjelens kjerne og kan bare utryddes med livet selv” (Gabriel Marcel).*

Gabriel Marcells kloke ord viser at det er viktig å ta tak i brukerens håp og ønsker. Dette er en nødvendig forutsetning for at man i fellesskap skal enes om sykepleierens mål og retning.

(Hummelvoll 2006)

Det er synd at de tok fra meg håpet med angsten. Det var det noen pleiere som gjorde. Det fortalte meg at jeg måtte streve med angsten resten av livet, og at jeg måtte godta situasjonen med angsten. Da tok de fra meg noe. Jeg var deprimert i mange dager. Det tar motet fra et menneske, og motet, vet du, det må en få lov til å ha. (Bruker)

(Gjengedal og Hanestad 2006)

Utsagnet fra denne brukeren viser hvor viktig håpet er for fremtiden. Sykepleieren må være positiv og formidle håp.

Et menneske som har mistet håpet ser ikke lenger noen mulighet til å forandre og forbedre sin livssituasjon (Travelbee).

(Kirkevold 2006)

En må ikke undervurdere betydningen av de fysiske omgivelsene rundt brukeren. Sette seg ned sammen med brukeren, se seg rundt og kjenne på hva omgivelsene gir signaler om. En blomst på bordet kan være signal om omtanke. At denne blomsten blir vannet og stelt, signaliserer at du følger opp og mener noe med å sette blomsten der. Deprimerte har ofte fortalt at det er små detaljer som hjalp dem til å finne håp i en ellers tung tilværelse.

(Karoliussen og Smebye 2006)

Når brukeren kjemper og sliter med egen identitet og opplevelse av egenverd, kommer det gjerne til uttrykk i måten livet leves på. Når selvbilde trues, blir vanskelighetene ofte så påtakelige at det uttrykkes gjennom ord eller handlinger. Et presset selvbilde kan vise seg gjennom kroppen og kroppsholdningene så vel som gjennom følelser. Ulike personer reagerer forskjellig. Som helsepersonell skal vi forsøke å forstå brukerens situasjon. Utgangspunktet for den enkelte er ulikt. utfordringen for sykepleieren er å stille med så mye faglig kunnskap som mulig, samtidig som en må stille seg så åpen som mulig, for å kunne forstå å fortolke situasjonen så tett opptil personens selvforståelse som mulig.

(Kristoffersen mfl 2005)

Det er viktig å styrke brukers selvbilde. Selvbilde styrkes ved respons vi mottar på oss selv fra omgivelsene og den styrken vi opplever ved å mestre oppgaver og situasjoner i dagliglivet. Det er derfor viktig å gi bruker positiv tilbakemelding og sørge for oppgaver som bruker har forutsetning for å mestre.

Det kan være vanskelig å finne oppgaver som han kan mestre, det er derfor viktig å ta gjennomføring av handlingen skritt for skritt og ikke introdusere hele den planlagte aktiviteten med det samme. En oppgave som føles for stor, kan ta motet fra personen som så trekker seg.

Det kan bli nødvendig å skjerme bruker mot krav og forventninger som han ikke kan innfri. Det kan også være behov for å skjerme og avlaste for de krav og forventninger personen legger på seg selv (Løkensgård 1991).

Sykepleieren bør oppmuntre bruker til å se hva hans sterke sider er, og hvordan han oppnår en følelse av mestring.

(Karoliussen og Smebye 2006)

Travelbee sier at: *opplevelsen av å kunne velge er det mest betydningsfulle når det gjelder å bevare kontroll over eget liv og egen skjebne.*

(Kirkevold 2006)

Det er lov å feile og det må presiseres overfor brukeren, ellers kan selvtilliten og mestringsfølelsen bli svekket om mål ikke oppnås.

(Hummelvoll 2006)

For sykepleieren er det viktig å være klar over at den endrende oppfatningen av det fysiske selvbilde kan ha stor betydning for brukerens velvære og selvfølelse. En må derfor sørge for å ivareta brukerens personlige hygiene selv om han selv kanskje ignoreres egenpleie på grunn av sin tilstand. Opplevd velvære vil uansett hjelpe. Hår, hud, negler, føtter, makeup og klær må være godt ivaretatt.

(Karoliussen og Smebye 2006)

Ernæringssvikt er ofte forbinde med depresjon. Sykepleieren må sørge for oppfølging av ernæring og vekt. Næringsvegring krever tett oppfølging.

(Sortland 2007)

For å unngå plager som depresjon i alderdommen er det viktig med medmenneskelig kontakt og et godt sosialt nettverk. Et slikt nettverk grunnlegges relativt tidlig i livet og mange føler at dette holder på å rakne når de blir gamle.

Det er viktig å prøve å holde dette nettverket sammen.

I samfunnet bør forholdene legges mer til rette for sosial kontakt. I landene i Sør- Europa lever fortsatt de fleste eldre i storfamilier med flere generasjoner. Dette gir god kontakt mellom unge og gamle. Hos oss er dette mindre vanlig, men mye kan gjøres på det samfunnsmessige plan for å gi eldre rammer for sosial kontakt. Boliger bør bygges så det gir gode muligheter til menneskelig kontakt, for eksempel lave bygninger med felles uteareal. Omsorgsarbeidet og det å ta vare på hverandre må bli oppvurdert, og samvær mellom mennesker må bli viktigere enn statusjag og stress. Et åpnere og mer menneskevennlig samfunn vil være til det bedre for alle generasjoner.

(Ranhoff 2005)

Det er viktig og ikke glemme betydningen av de pårørende. De pårørende er en uvurderlig ressurs for de eldre. De betyr mye for personens opplevelse av sammenheng, mening og innhold i livet.

(Fjørtoft 2006)

Personlig her jeg oppdaget en ordning som jeg syns er et kjempe bra tiltak og som alle sykepleiere bør vite om og informere de eldre om. Det er Røde kors sin besøkstjeneste.

Dette er en frivillig ordning der folk melder seg som besøksvenner.

Som besøksvenn får man kontakt med mennesker som av ulike grunner ønsker noen å snakke med. Rundt i landet er besøksvennene til hjelp og støtte for blant andre ensomme, syke, eldre, unge, enslige forsørgere, innvandrere og tidligere psykiatriske pasienter.

Røde Kors driver også ulike former for kontaktskapende virksomhet som turer, eldrekaféer, jule- og påskefester, trimkvelder og annet. Besøksvennene driver ikke oppsøkende virksomhet, men besøker dem som ønsker det, i samarbeid med forskjellige instanser innen eldreomsorgen.

Generelt er eldre mer følsomme for legemidler en yngre, og faren for bivirkninger er større. I de fleste tilfeller er det riktig å begynne i en lav dose og trappe opp behandlingen sakte og forsiktig hos eldre pasienter.

De fleste deprimerte eldre har god nytte av medikamenter. Medikamentene som brukes, er de så kalte antidepressiva. Hovedvirkningen er at de hever stemningsleiet og gjør den deprimerte lettere til sinns. Medisiner alene løser ofte ikke problemet. Støttetiltak som gjør livet lettere, er svært viktig. Dette kan bestå av besøk av hjemmetjenesten, tilbud på eldresenter eller korttidsopphold på sykehus eller sykehjem. Samtaleterapi kan og være nyttig.

(Ranhoff 2005)

Manglende oppfølging er et problem for eldre brukere og dette problemet øker med alderen. I Norge finnes det mange ulike medikamenter å velge mellom. Disse kan være omtrent like effektive, men har en ulik bivirkningsprofil. Dersom en ikke når tilfredsstillende effekt etter 4-6 uker bør en skifte til et medikament i en annen klasse.

(Fossan og Raaheim 2001)

Her er det grunn til bekymring. Visst ikke de eldre får en god nok oppfølging og er usikker på om medikamentene har en god effekt kan behandlingen være bortkastet og gi pasienten håp om bedring som han ikke får.

I boken Eldreårenes psykologi står det derimot at det ikke er grunn til pessimisme.

Primærleger eller psykologer kan hjelpe 50 – 60 % av dem som kommer med depressive problemer. I 1997 ble hele 74 % av de som ble innlagt med en førstegangsdepresjon i alderspsykiatrisk avdeling på Ullevål sykehus bedre.

(Fossan og Raaheim 2001)

Dette er jo kjempe bra, men utfordringer ser jo ut til å ligge i det å få den deprimerte til å forstå sine problemer og at noen ser problemet.

7.0 Konklusjon.

Jeg har lært mye om eldreomsorg i denne prosessen. Jeg har sett at omfanget av deprimerte eldre er stort noe som både er overraskende og ikke overraskende. Jeg hadde håpet vi hadde kommet lenger i dag, men ser at tid og ressurser er det det står på, noe som jeg selv har lært og sett ved jobbing i eldreomsorgen. Men mine tanker går til hvorfor det er sånn. Er det rett at de gamle alltid er de som kommer sist? Er det rett at de eldre i vårt samfunn skal sitte hjemme i sine store hjem og føle seg ensomme og deprimerte. Jeg syns ikke det. Her har samfunnet viktige ting å ta tak i. Vi som sykepleiere må bare jobbe videre og gjøre det vi kan for de eldre. Det betyr at vi må tilegne oss de kunnskapene som skal til for å dekke de eldres grunnleggende behov. Vi må og følge med i endringer og ny forskning og være klar over at samfunnet går videre og står ikke på stede hvil. Holdningen til de eldre må endres og vi må huske at vi alle er likeverdige mennesker uansett alder.

Jeg mener at jeg har funnet et svar på min problemstilling men det er på et generelt grunnlag. Jeg ser at ikke alle har samme behov og kan tilnærmes på lik måte så her må en føle seg frem.

8.0 Litteraturliste.

Berentsen Drivdal V, Schirmer H, 1995, **Depresjon hos geriatrike pasienter**, Info banken.

Daatland S.O, 1987, **Gammel i eget hjem**, Nordisk ministerråd.

Dalland O, 2007, **Metode og oppgaveskriving for studenter**, Gyldendal.

Eide H og Eide T, 2006, **Kommunikasjon i relasjoner**, Gyldendal.

Eitungjerde Å, 1998, **Alderdom og livskvalitet**, Samlaget.

Fjørtoft A.K, 2006, **Hjemmesykepleie**, Fagforlaget.

Forsberg C og Wengstrøm Y, 2008, **Att göra systematiska litteraturstudier**, Natur og kultur.

Fossan G og Raaheim K, 2001, **Eldreårenes psykologi**, Fagbokforlaget.

Gjengedal E og Hanestad B.R, 2006, **Å leve med kronisk sykdom**, Cappelen.

Hummelvoll J.K, 2006, **Helt ikke stykkevis og delt**, Gyldendal.

Karoliussen M og Smebye K.L, 2006, **Eldre aldring og sykepleie**, Gyldendal.

Kirkevold M, 2006, **Sykepleieteorier – analyse og evaluering**, Gyldendal.

Kristoffersen N.J, Nordtvedt F og Skaug E.A, 2005, **Grunnleggende sykepleie 1,3 og 4**, Gyldendal.

Ranhoff Høyen A, 2005, **Godt liv**, Kom forlag AS

Snoek Engelstad J og Engedal K, 2005, **Psykatri**, Akribe.

Sortland K, 2007, **Ernæring – mer en mat og drikke**, Fagbokforlaget

Dale Bjørg m/fl, **Livskvalitet hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie,**
Vård i Norden 2/2001. Tilgjengelig fra:

<http://www.artikel.nu/Bob/GetBob.aspx?bobID=1081->

(Lest Januar/Februar 2009)