



Høgskulen på Vestlandet

SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	23-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	07-06-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sykepleie	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2019 VÅR FORDE		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 155

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 7004

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:** Ja

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 61

**Andre medlemmer i
gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Å leve med Parkinson – ei psykisk påkjenning
Living with Parkinson's – a mental strain

Frida Eide

Kandidatnummer 155

Bachelorutdanning i sjukepleie, campus Førde

Fakultet for helse- og sosialvitskap(FHS)

Institutt for helse- og omsorgsvitskap

Rettleiar: Astri Johanne Hagenes

Innleveringsdato: 07.06.2019

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Samandrag

Tittel: Å leve med Parkinson – ei psykisk påkjenning

Bakgrunn for val av tema: Både i praksis og utifrå teori og forskning om pasientar med Parkinsons sjukdom, ser det ut til å vere eit stor fokus på dei ytre symptoma. Psykiske vanskar, som desse pasientane kan oppleve, kan være likså stor påkjenning og utfordring som dei motoriske plagene sjukdommen medfører. I denne oppgåva diskuterast det korleis sjukepleiar ved hjelp av individuelt tilpassa behandling og tilnærming kan bidra til å auke mestring og livskvalitet hjå denne pasientgruppa.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar bidra til auka mestring og livskvalitet hjå pasientar med Parkinson som lir av depresjon?

Metode: Metoden som er nytta i denne oppgåva er litteraturstudie. Oppgåva er basert på relevant forskning og faglitteratur som er samanfatta for å svare på problemstillinga.

Resultat: Forsking og teori viser at styrka sjølvleiingsegenskapar og oppleving av mestring kan bidra til auka livskvalitet. Sjukepleiar har ei viktig rolle ovanfor pasienten sin rehabiliteringsprosess, og det er derfor sentralt at ein som sjukepleiar sikrar god informasjon til pasienten og eventuell bruk av eksterne ressursar for å oppnå dette. Klarar ein å kartlegge pasienten sin psykiske tilstand og deretter finne ein behandlingsmetode som passar for den enkelte, kan sjukepleiar bidra til att pasienten opplever auka mestring og vidare auka livskvalitet.

Nøkkelord: Parkinson, depresjon, sjukepleie, livskvalitet, mestring

Abstract:

Title: Living with Parkinson's – a mental strain

Approach: Practice, theory and research on patients with Parkinson's disease, seems to mostly be focused on the physical symptoms. Mental challenges, which these patients may experience, can be just as strainfull and challenging as the physical ailments the disease causes. In this thesis, it will be discussed how nursing can contribute to improve coping and quality of life with this patient group by means of individually adapt treatment and approach.

Aim: How can nursing contribute to increased coping and quality of life in Parkinson's patients who suffers from depression?

Method: The method in use is literature review. The thesis is based on relevant research and literature that are summarized to support the approach.

Result: Research and theory show that the strength of self-guiding skills and experience of coping can contribute to increased quality of life. Nurses have an important role in the patient's rehabilitation process, and it is therefore crucial that one as a nurse ensures good information for the patient and any use of external resources to achieve this. If one is able to survey the patient's mental condition and then find a treatment method that suits the individual, the nurse can help the patient experience extra coping and further increase the quality of life.

Keywords: Parkinson, depression, nursing, quality of life, coping

Innhald

1. Innleiing.....	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	1
1.3 Avgrensing av problemstilling	2
1.4 Oppbygging av oppgåva	2
2. Metode.....	3
2.1 Litteraturstudie som metode	4
2.3 Søkje- og utvalsprosessen	4
2.4 Kjeldekritikk	5
3. Teori	5
3.1 Joyce Travelbee.....	5
3.2 Parkinsons sjukdom	6
3.2.1 Motoriske symptom og teikn.....	6
3.2.2 Depresjon ved Parkinson	6
3.2.3 Sjukepleie til pasientar med Parkinson	7
3.3 Kommunikasjon og relasjon.....	7
3.4 Mestring og livskvalitet	8
3.5 Sjukeheim og ansvar som sjukepleiar	9
3.6 Kognitiv åtferdsterapi	9
4. Funn frå forskning.....	10
4.1. Cognitive behavioral therapy improves diverse profiles of depressive symptoms in Parkinson`s disease. 10	
4.2. Optimism, Pessimism, Coping, and Depression: A Study on Individuals With Parkinson`s Disease	11
4.3 Compassion in care: A qualitative study of older people with a cronic disease and nurses	11
4.4 Coping mediates the relationship between sense of coherence and mental quality of life in patients with chronic illness: A Cross-Sectional study	11
4.5 How Well Do Caregivers Detect Depression and Anxiety in Patients With Parkinson Disease?	11
4.6 Working the way up in neurological rehabilitation: the holistic approach of nursing care	12
4.7 Improved self-management skills predict improvements in quality of life and depression in patients with chronic disorders.....	12
5. Å leve med Parkinson – ei psykisk påkjenning.....	13
5.1 Livet med Parkinson.....	13
5.2 Pasienten sin evne til mestring	14
5.3 Sjukepleie.....	15
5.4 Kognitiv åtferdsterapi – eit sjukepleiarfagleg perspektiv	16
6. Konklusjon.....	19
Kjelder.....	20
VEDLEGG 1 - Presentasjon av forskingsartiklar i tabell:	23

1. Innleiing

Det reknast at det er rundt 7-8000 pasientar med parkinsonisme i Noreg. Parkinsons sjukdom utgjer rundt 80% av desse. Sjukdommen har både motoriske og ikkje-motoriske symptom og teikn. Parkinson er ein kronisk progredierande sjukdom, og behandlinga vil bestå av å betre symptoma eller bremse sjukdomsutviklinga (Dietrichs, 2010, s. 474–477). Dette er ein sjukdom der pasienten etter kvart vil trenge meir og meir tilrettelegging og hjelp. Å leve med Parkinson er ei stor påkjenning, og sjukepleiar må vere merksam på kva innverknad sjukdommen har på livskvaliteten til pasienten. Alle har ulik sjukehistorie, og sjukepleiar er nøydd å ta omsyn til individuelle forskjellar (Andreassen, 2013, s. 583–584). Mestring og tilpassing av livssituasjonen er ei krevjande oppgåve for pasienten. Som sjukepleiar har ein i oppgåve å hjelpe pasienten med dette. Det er viktig å fremje mestring hjå pasientane, blant anna ved å gje kjenslemessig støtte og informasjon (Eide & Eide, 2017, s. 48). For pasientar med hjerneslag, demens og Parkinsons sjukdom er førekomsten av depresjon vesentleg høgare enn det som er angitt for befolkninga samla. Ein av årsakene til dette er den psykologiske reaksjonen på det å bli ramma av ein alvorleg sjukdom. Når det kjem til bebuarar på sjukeheim er det anslått at rundt 30% har klinisk depressive symptom (Wyller, 2015, s. 443).

1.1 Bakgrunn for val av tema

Eg har i løpet av mi studietid fått inntrykk av at det er hovudsakleg den fysiske endringa ein fokuserer på ved Parkinson pasientar, både i litteratur og praksis. Psykiske vanskar, som desse pasientane kan oppleve, kan være likså stor påkjenning og utfordring som dei motoriske plagene sjukdommen medfører. Årsaka til at eg har valt å skrive om dette er fordi eg har utifrå teori og forskning lest at bidrag til auka mestring og livskvalitet kan hjelpe pasientar ut av depresjon eller eventuelt lindre depressive symptom. Eg tykkjer dette er eit interessant tema og ynskjer å leggje eit større fokus på den psykiske påkjenninga som kan komme av å leve med Parkinson.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Korleis kan sjukepleiar bidra til auka mestring og livskvalitet hjå pasientar med Parkinson som lir av depresjon?

1.3 Avgrensing av problemstilling

I denne oppgåva vil problemstillinga bli avgrensa til Parkinson pasientar, innlagt på sjukeheim, som har komme eit stykke i sjukdomsforløpet. Dette er fordi det er aktuelt med ei representativ framstilling av korleis det er å leve med sjukdommen over tid, der hovudfokuset er knytt til dei psykiske vanskanen pasienten opplever. I denne oppgåva vil det hovudsakleg vere fokus på sjukepleiar og pasienten sjølv sitt bidrag til auka mestring og livskvalitet, då dette vidare kan bidra til reduserte depresjonssymptom. Det vil ikkje vere fokus på kjønn, då det er ingen betydeleg forskjell på menn og kvinner med Parkinson. I oppgåva vil det heller ikkje bli lagt vekt på pårørande sin oppleving av situasjonen. Medikamentell behandling og biverknadar vil ikkje bli tatt med i denne oppgåve. Vidare vil det være fokus på korleis sjukepleiar gjennom pasientmedverknad, kartlegging, informasjon, tilrettelegging og styrking av pasienten sin eigen mestring kan bidra til å auke pasienten sin livskvalitet og mestring. Etersom livskvalitet er eit omgrep, eller ei nemning, som blir brukt på forskjellige måtar og kan ha ulik betydning i høve kva samanheng ein brukar det i, har eg valt å fokusere på livskvalitet som eit helsefagleg omgrep.

1.4 Oppbygging av oppgåva

Oppgåva er delt inn i seks hovuddelar for å få ein systematisk oversikt over innhaldet. Til slutt har eg lagt ved eit vedlegg (sjå Vedlegg 1) som inneheld funn frå forskning. Oppgåva er skriven utifrå Høgskulen på Vestlandet sine retningslinjer for Bacheloroppgåve. Definisjon av omgrep har eg teke med i teoridelen, då omgrepa som blir brukt i denne oppgåva har eit mangfald av definisjonar. Desse omgrepa ynskjer eg å gå djupare inn på for å få ein heilskapleg forståing av dei, som igjen vil vere med på å diskutere problemstillinga i denne oppgåva.

Del 2: Metode

I metodedelen presenterast metoden som er teke i bruk i oppgåva. Vidare definerast litteraturstudie som metode, presentasjon av litteratursøk og framgangsmåte. Denne delen avsluttast med kritikk frå kjelder eg har nytta i oppgåva.

Del 3: Teori

I denne delen av oppgåva har eg valt å skrive om sjukepleiarteoretikar Joyce Travelbee. Vidare har eg funne litteratur om Parkinsons sjukdom (PS), motoriske plager ved PS,

depresjon ved PS og sjukepleie til pasientar med PS. Eg vil deretter definere sentrale omgrep som er relevant for oppgåva. Vidare har eg teke med litteratur om sjukeheim og ansvaret knytt til sjukepleiarrolla. Denne delen avsluttar med kognitiv åtferdsterapi, som igjen vil komme att i drøftedelen.

Del 4: Funn frå forskning

I del 4 vil eg presentere dei aktuelle forskingsartiklane i oppgåva og summere opp hovudfunna frå desse.

Del 5: Å leve med Parkinson – ei psykisk påkjenning

I denne delen har eg drøfta problemstillinga mi «*Korleis kan sjukepleiar bidra til auka mestring og livskvalitet hjå pasientar med Parkinson som lir av depresjon?*» opp mot funn frå forskingsartiklar, litteratur og egne erfaringar. Eg har delt opp den opp i 4 hovudpunkter som eg tykkjer er relevant i høve problemstillinga. Under det eine hovudpunktet, Sjukepleie, har eg teke med identifisering og kartlegging av depresjonssymptom, då eg tenkjer dette er viktig når det gjelder å observere eventuell effekt av behandling, stagnasjon, progresjon eller forverring av depressive symptom.

Del 6: Konklusjon

Oppgåva avsluttast med ein konklusjon som er teke ut frå hovudpunkta i drøftedelen.

2. Metode

Sosiologen Wilhelm Aubert (sitert i Dalland, 2017, s. 51) definerer metode som ein framgangsmåte, eit middel for å komme fram til ny kunnskap og å løyse problem. Vidare forklarar han at eit kva som helst middel som tenar dette formålet, blir rekna som ein del av metoden. Det finnast fleire ulike metodar. Metodane presenterer ulike måtar å samle informasjon, og blir teken i bruk for å komme fram til ny kunnskap eller kontrollere om påstandane stemmer. Årsaka til at ein vel ein spesifikk metode er at det er akkurat den metoden som gjev mest mogleg data til å belyse problemstillinga. Metodar kan vere kvantitative og/eller kvalitative. Dei kvantitative metodane gjev data i form av målbare einingar, medan dei kvalitative metodane undersøker data som ikkje lar seg talfeste eller måle, slik som meiningar og opplevingar. Begge metodane har som hensikt å bidra til ei betre

forståing av det samfunnet ein lever i, og korleis enkelmenneske, grupper og institusjonar handlar og samhandlar (Dalland, 2017, s. 51-52).

2.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgåva er basert på litteraturstudie som metode for å finne fram relevant teori og forskingsartiklar som vil vere med på å belyse problemstillinga. Litteraturstudie er ein systematisering av kunnskap som allereie eksisterer. Det vil seie å søkje den, samle den, vurdere den og samanfatte den (Støren, 2013, s. 17). Oppgåva inneheld både kvalitative og kvantitative forskingsartiklar for å belyse problemstillinga. I denne oppgåva er det også tatt i bruk kunnskap frå fag- og pensum bøker og eksempel frå eigen praksis for å kunne grunne og underbygge funn frå forskning.

2.3 Søkje- og utvalsprosessen

For å finne relevant forskning har eg søkt i helserelevante databaser. Gjennom biblioteket sine nettsider har eg teke i bruk databasen EBSCOhost. I søkjeprosessen valte eg å bruke «CINAHL with Full Text» då denne gav fleire treff eg var tilfreds med. Søkjeorda som vart teken i bruk er; Parkinson, Parkinson's disease, depression, Quality of Life, chronic disease/illness, sosial rehabilitation, nursing care, support og compassion. Etter fleire søk med ulike søkjeord og ulike variasjonar av operatørane OR og AND fant eg fleire interessante forskingsartiklar. For å få det oversiktleg har eg valt å setje søkjeprosessen av forskingsartiklane eg har nytta i ein tabell, lagt ved som vedlegg (sjå Vedlegg 1). Alle søkja er avgrensa frå år 2010 til 2019 for å ta vekk utdaterte forskingsartiklar. I søkjeprosessen har eg teke i bruk engelske søkjeord for å få flest moglege forskingsartiklar og alle artiklane er skrive på engelsk. Ut ifrå dette kom det til slutt fram sju forskingsartiklar som eg tykte var relevante i høve problemstillinga i oppgåva. Når eg skulle plukke ut desse forskingsartiklane var det eit kriterium at dei skulle vere publisert i eit fagfelleverdert tidsskrift. Eg fekk ikkje tilgang til alle artiklane gjennom databasen, derfor opna eg dei fleste gjennom oria.no.

I tillegg til forskingsartiklar, har eg nytta litteratur frå lærebøker og fagbøker. Fleire av desse bøkene er aktuell pensum frå studiet. Eg har teke i bruk høgskulen sitt biblioteket og søkt i databasen Bibsys, med søkjemotoren Oria, etter fleire bøker som kunne vere relevante i høve oppgåva. Alle bøkene eg har nytta i oppgåva er avgrensa frå år 2010 til 2019 for å ha relevant litteratur i høve dagens kunnskap.

2.4 Kjeldekritikk

Denne oppgåva er ein litteraturstudie og byggjer hovudsakleg på eksisterande litteratur. Det er særskild viktig å være kritisk til val av kjelder. Ein er nøydd til å vurdere kjelda si truverdighet, type kjelde og kjelda sin relevans i høve problemstillinga (Dalland, 2017, s. 152–153). Dei utvalte forskingsartiklane er brukt i større eller mindre grad, men har tema som er relevant i høve oppgåva. Forskingsartiklane eg har nytta går ikkje føre seg på sjukeheim. Til tross for dette har eg valt å ta dei i bruk, då eg tenkjer dei er relevant i høve problemstillinga og mange av hovudfunna kan vere like realistisk på ein sjukeheim. Litteratur og forskning som er nytta i denne oppgåva er henta frå tidsvindauget 2010 til 2019. Årsaka til dette er at eg ynskjer at oppgåva skal vere tidsrelevant, og ville derfor luke ut utdatert kunnskap. Forskingsartiklane eg har nytta er skrive på engelsk, dette kan vere ein svakheit då det kan vere setningar eg har oversett feil eller feiltoka.

3. Teori

I denne delen av oppgåva vert det presentert relevant litteratur frå pensum og tilleggs litteratur for å få grunnlag til å svare på problemstillinga. Teori som kjem fram her vil seinare bli drøfta opp mot dei utvalte forskingsartiklane.

3.1 Joyce Travelbee

Eg har valt å bruke sjukepleiarteoretikar Joyce Travelbee i denne oppgåva då ho vektlegg samhandlinga mellom pasient og sjukepleiar. I høve problemstillinga tykkjer eg at forholdet mellom sjukepleiar og pasient vil vere relevant å ta med seinare i drøftingsdelen. Travelbee definerer sjukepleie som ein mellommenneskeleg prosess der sjukepleiar har ansvar for å hjelpe eit individ, ein familie eller et samfunn ved å førebyggje eller mestre erfaringar med sjukdom og lidning, og om naudsynt hjelpe pasienten å finne meining i disse erfaringane (Travelbee, 1999, s. 29).

Eit av dei største problema vil vere den sjuke sin eigen haldning til sjukdommen, på grunn av alle konsekvensane den kan få for pasienten sjølv eller familien. Skal sjukepleiar kunne hjelpe den sjuke, er det absolutt nødvendig å setje seg inn i korleis vedkommande sjølv oppfattar sin sjukdom (Travelbee, 1999, s. 36).

3.2 Parkinsons sjukdom

Parkinsonisme er ein karakteristisk rørsleforstyrring. Dette skuldast svikt i basalgangliene. Parkinsons sjukdom er den vanlegaste forma for parkinsonisme. Sjukdommen er kronisk og den skyldast dopaminmangel som igjen fører til motoriske symptom i form av parkinsonisme (Dietrichs, 2010, s. 474–475). Årleg rammast mellom 15 og 20 per 100 000 innbyggjarar av sjukdommen, dei fleste av desse er over 70 år (Herlofson & Kirkevold, 2014, s. 480).

3.2.1 Motoriske symptom og teikn

Tremor, rigiditet og akinesi er dei tre mest karakteristiske kjenneteikna når det gjelder motoriske symptom og komplikasjonar ved Parkinsons sjukdom. Ved Parkinsons sjukdom er tremor, eller skjelvingar, mest uttalt i kvile og betrast ved aktive rørsler. Rigiditet gjev auka motstand i musklane og fører til stivare rørsler. Akinesi gjev langsame rørsler og det er ofte utførdrande å innleie eller avslutte ei rørsle. Hjå dei fleste pasientane vil desse motoriske symptoma føre til stadig aukande funksjonssvikt. Handskriving og arbeid som krev komplisert finmotorikk er det første som svikter. Etter kvar vil også gangfunksjon, påkleding og måltidssituasjonar bli vanskelegare. Den stive muskulaturen kan gå utover stemmebandet og svelget som i tillegg kan gje svak, monoton stemme og svelgproblem (Herlofson & Kirkevold, 2014, s. 482).

3.2.2 Depresjon ved Parkinson

Ordet depresjon kjem frå latin og betyr egentleg undertrykking. Omgrepet kan stå for eit syndrom, ei sinnsstemning eller ei eiga gruppe sjukdommar (Hummelvoll & Dahl, 2012, s. 193). Depresjon kan vere invalidiserande og ein stor byrde for pasienten, men også pårørande. Karakteristiske kjenneteikn ved depresjon kan være likegyldighet, isolasjon og mindre interesse for andre menneske og hobbyar. Pasienten opplever alt som eit ork, er trist, gråter mykje, er mimikkfattig og initiativlaus. Pasienten finner ingen glede eller lyspunkt i livet, og kan i ytste konsekvens oppleve ynskje om å dø. Ved depresjon kan auka aktivitet og aggressive utfall også førekomme (Hauge, 2014, s. 442).

Pasientar med Parkinsons sjukdom har ei rekkje ikkje-motoriske symptom. Desse symptoma kan i likså stor grad som motoriske symptom ha ein negativ effekt på pasienten sin livskvalitet, og krev ofte ein annan form for behandling og tilnæringsmåte (Herlofson & Kirkevold, 2014, s. 482). Å leve med Parkinson påverkar alle aspektar i livet. Etter kvart vil

det bli umogleg å utføre gjeremål som pasienten tidlegare kunne gjere sjølv. Som sjukepleiar må ein prøve å leggje til rette for at pasienten kan gjere mest mogleg sjølv. Fleire pasientar blir deprimert over at dei ikkje kan vere like aktiv som tidlegare. Det er vanskeleg å snakke med andre då sjukdommen fører til lågare stemme og mimikkfattighet. Dette kan igjen føre til at pasienten isolerer seg frå andre (Andreassen, 2013, s. 589). Depresjon rammar ca. 40% av alle pasientar med Parkinsons sjukdom (Herlofson & Kirkevold, 2014, s. 482).

3.2.3 Sjukepleie til pasientar med Parkinson

Når symptombelastinga aukar i takt med at sjukdommen progredierer kan Parkinsons pasientar etter kvart få omfattande behov for hjelp, både i form av heimebaserte tenester og plass på sjukeheim. Ettersom desse pasientane opplever betydelege endringar over tid, blir systematisk og nøyaktig kartlegging svært viktig for å sikre liv og helse og redusere varig funksjonsnedsetting. Dette er tverrfagleg arbeid, der ein som sjukepleiar har mange viktige funksjonar. I kartleggingsprosessen må sjukepleiar kartlegge grunnleggjande behov, funksjonsnivå, behov for praktisk hjelp, støtte og omsorg. Dette må ein gjenta fleire gongar, då pasienten sitt funksjonsnivå endrar seg over tid (Herlofson & Kirkevold, 2014, s. 488).

Det er viktig at sjukepleiar dokumenterer sine observasjonar slik at kollegaer kan følgje opp pasienten i deira fråvær. Dette er også nødvendig å dokumentere behandling av sjukepleietiltak for å kunne ivareta pasienten i gjennomføring av nødvendige behandlingstiltak og yte praktisk hjelp til aktivitetar pasienten sjølv ikkje klarar (Herlofson & Kirkevold, 2014, s. 494).

3.3 Kommunikasjon og relasjon

Kommunikasjon er eit omgrep som kjem av det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjere noko felles, delaktiggjere ein annan i og ha forbindelse med. I det daglege språket blir kommunikasjon tatt i bruk om ein rekke fenomen, frå samtaler ansikt til ansikt og samvær i grupper til chatting på internett. Omgrepet relasjon kjem av det latinske ordet *relatio*, som eigentleg betyr at éin gjenstand står i forbindelse med ein annan. I eit helsefagleg perspektiv brukast gjerne omgrepet relasjon om forhold, kontakt, eller forbinding mellom menneske (Eide & Eide, 2017, s. 17). Kommunikasjon i relasjonar kan definerast som utveksling av verbale og non-verbale teikn og signal mellom to eller fleire partar (Eide & Eide, 2017, s. 33). Når ein her bruker overlappande omgrep som teikn og signal, meiner ein at kommunikasjon

kan vere av mange variantar, frå verbalt språk og non-verbale teikn. Døme på dette kan vere alt frå å rynke panna eller å gjere ei brå rørsle, til meir indirekte signal som tung pust eller eit takknemleg blick (Eide & Eide, 2017, s. 31).

Å kunne snakke om sine behov og vanskar gjev pasienten moglegheit til å forstå seg sjølv betre. Under samtale vil sjukepleiarens innflytelse ligge i å kunne velje påverknadar som kan fremje nødvendige sjølv-endringar hjå pasienten. Dette krev at sjukepleiar høyrer på kva pasienten har å seie og observerer korleis eigne haldningar og handlingar verkar inn på pasienten sin gradvise endring (Hummelvoll & Dahl, 2012, s. 441). Å utøve god sjukepleie er noko som berre let seg verkeleggjere gjennom god kommunikasjon med pasientar (Eide & Eide, 2017, s. 33).

3.4 Mestring og livskvalitet

Mestring dreier seg i stor grad om oppleving av å ha krefter til å møte utfordringar og kjensle av å ha kontroll over eige liv. Aktiv og god mestring er ein god måte å tilpasse seg den nye verkelegheita, og gjere seg i stand til å sjå forskjellen på det ein må leve med, og det ein sjølv kan vere med på å endre (Hvinden, 2012, s. 54). Store fysiske og psykiske belastningar utløyser ein kombinasjon av kjensler, tankar og handlingstilbøyelegheit – disse kan vere individuelt forskjellige. Mestring inneberer strategiar for å beherske, tolerere og redusere ytre eller indre påkjenningar og følgjer av slike påkjenningar. Desse mestringsstrategiane er individuelle og kan vere hensiktsmessig med tanke på ivaretaking av eigen helse. Mestring og tilpassing av livssituasjonen er ei krevjande oppgåve for pasienten. Som sjukepleiar har ein i oppgåve å hjelpe pasienten med dette. Det er viktig å fremje mestring hjå pasientane, blant anna ved å gje kjenslemessig støtte og informasjon (Eide & Eide, 2017, s. 48).

Ein kan definere livskvalitet som psykisk velvære, som ei oppleving av å ha det godt. Dette er ein definisjon som må presiserast og utdjupast, men det gjev ein peikepinn på kva retning ein ynskjer å gå (Næss, 2011, s. 15). Livskvaliteten til ein person er høg, i den grad personens bevisst affektive og kognitive opplevingar er positive. Tilsvarande vil livskvaliteten vere låg i den grad personens bevisst affektive og kognitive opplevingar er negative. Slik det definerast her har altså livskvalitet å gjere med enkeltpersonens psykiske velvære, det vil seie opplevinga eller kjensla av å ha det godt, samt ha ei grunnstemning av glede (Næss, 2011, s. 18). For å kunne gje den beste sjukepleia er det viktig å fange opp dei pasientane som har

spesielt låg livskvalitet, og avdekke kva områder desse pasientane har mest behov for hjelp på (Rustøen, 2010, s. 53).

3.5 Sjukeheim og ansvar som sjukepleiar

Sjukeheim tilbyr heildøgns helse- og omsorgstenester. Målsetjinga til ein sjukeheim er å gje kvalitativ god og individuelt tilpassa pleie og omsorg, og eit riktig medisinsk utrednings- og behandlingstilbod. Ved langtidsopphald skal ein sjukeheim også vere ein god stad å bu for dei som har sjukeheimen som ein heim (Hauge, 2014, s. 265). På sjukeheim er ein som sjukepleiar med på å setje standar for fagutøving både i direkte møte med den enkelte pasient (individnivå), og i form av fagleg leiing og samarbeid med andre faggrupper (avdelingsnivå).

Som sjukepleiar skal ein vise respekt for pasienten sin verdighet og autonomi, ivareta pasienten sine grunnleggjande behov som følgje av sjukdom eller redusert funksjonsevne, og styrkje pasienten sine ressursar (Hauge, 2014, s. 269). I pasient- og brukarrettigheitslova §3-1. og §3-2. (1999), står det at alle pasientar har rett til informasjon og medverknad i behandlings- og pleiespørjemål som angår dei sjølv. Helsepersonell er ansvarleg for at pasienten takast med i avgjerda om pleie og behandling. Sjukepleiar skal gje informasjon på eit nivå som er tilpassa pasienten sin kommunikasjonsferdigheit, forståing og innlæringsevne. Dette står også i pasient- og brukarrettigheitslova § 3-5. (1999), informasjon skal vere så forståeleg at pasienten klarar å oppfatte det som blir sagt, om nødvendig skal det gjevast skriftleg slik at pasienten kan finne den fram ved behov (Slettebø, 2014, s. 217).

3.6 Kognitiv åtferdsterapi

Ved kognitiv åtferdsterapi (KAT) fokuserer ein på tankeprosessar. KAT tar utgangspunkt i pasienten sine tankar, kjensler, kropp og åtferd – alt det som pregar vår bevisstheit om oss sjølv og våre omgjevningar. Behandling og rettleiing strukturerast etter verdiar og mål som pasienten sjølv definerar og ynskjer å verkeleggjere. KAT går ut på å utvikle ei betre forståing av samanhengen mellom det kognitive, emosjonelle, fysiologiske og åtferdsmessige, og forandre uføremålstenlege måtar å tenkje, kjenne, reagere og handle på. Kognitiv terapeutisk strategi har vist seg å gje gode kliniske resultat i behandling av pasientar med somatiske plagar, samt psykiske plagar (Eide & Eide, 2017, s. 277).

Som sjukepleiar kan man rettleie pasienten til å leggje vekt på sjølvleiing, slik at pasienten kan organisere og styrke seg sjølv, løyse problem, mestre situasjonar og kommunisere på ein føremålstenleg måte. Dette kan utøvast ved å styrkje pasienten sin forståing for samanhengen mellom tankar, kjensler, kropp og åtferd. I tillegg til dette kan ein arbeide med å uttrykkje og få kontroll over kjensler som kan hindre behandling og vidare føre til at livskvaliteten reduserast. Ein antar at pasienten har førestillingar om sjukdommen som førar til at man tenkjer og handlar på måtar som ikkje er føremålstenlege, og som ofte gjer situasjonen verre og meir belastande for pasienten. Formålet med KAT er endring av åtferd ved å hjelpe pasienten til å føle, tenkje og handle annleis ovanfor det helseproblemet vedkommande har. Som sjukepleiar kan ein ta i bruk samtale med pasienten, ved å stille utforskande spørsmål og framkalle pasienten sine tankar og kjensler omkring plagene pasienten har (Eide & Eide, 2017, s. 278–279).

4. Funn frå forskning

I denne delen av oppgåva presenterast hovudfunna frå forskingsartiklane eg har teke i bruk. Årsaka til at eg har valt akkurat desse er fordi dei er relevante i høve drøfting av problemstillinga til denne oppgåva.

4.1. Cognitive behavioral therapy improves diverse profiles of depressive symptoms in Parkinson`s disease

Denne forskingsartikkelen er ein kvantitativ studie utført av Roseanne D. Dobkin, Sarah L. Mann, Alejandro Interian, Michael A. Gara og Matthew Menza. Deltakarane på 80 deprimerte personar med Parkinson blei tilfeldig delt i to grupper der eine gruppa, på 41 deltakarar, fekk kognitiv åtferdsterapi (KAT) i tillegg til den behandlinga dei fekk før studien starta. Den andre gruppa, på 39 deltakarar, fekk ikkje anna behandling enn dei gjorde før studien starta. Dette resulterte i at dei som fekk KAT viste betydeleg betring i humør, søvn, angst og somatiske symptom i motsetning til den andre gruppa. Dei kom fram til at KAT kan forbetre eit mangfaldig utval av depressive symptom for personar med Parkinson (Dobkin, Mann, Interian, Gara, & Menza, 2019).

4.2. Optimism, Pessimism, Coping, and Depression: A Study on Individuals With Parkinson's Disease

Denne forskingsartikkelen er ein kvantitativ studie skriva av Kristen Anzaldi og Kim Shifren. I studien var det 70 deltakarar med Parkinson, 35 kvinner og 35 menn, der dei utifrå spørjeskjema såg på korleis optimisme og pessimisme påverkar deira handteringsstrategiar knytt mot sjukdommen. Studiet viser at optimisme og pessimisme regulerte forholdet mellom det å takle sjukdommen og det å gå inn i depresjon (Anzaldi & Shifren, 2019).

4.3 Compassion in care: A qualitative study of older people with a chronic disease and nurses

Denne kvalitative studien av Margreet van der Cingel, baserte seg på djupneintervju med informantane, 30 sjukepleiarar og 31 eldre pasientar med kroniske lidningar. I studien vart medkjensle forklart som ein prosess som motiverer pasientar samt sjukepleiarar til å samarbeide for å oppnå eit gunstig utfall av omsorg. Det kjem også fram at medkjensle, i form av at sjukepleiar erkjenner pasienten sine kjensler, gjev pasienten moglegheit til å dele personleg meningsfull informasjon. Vidare gjer dette at sjukepleiar får moglegheit til å gje god og målbar omsorg. Medkjensle kan også gje pasienten motivasjon og sjukepleiar får moglegheit til å utøve god kvalitet i omsorgsgjevande tiltak (van der Cingel, 2011).

4.4 Coping mediates the relationship between sense of coherence and mental quality of life in patients with chronic illness: A Cross-Sectional study

Denne kvantitative studien blei utgitt i 2018 er skriva av Marja-Leena Kristofferzon, Maria Engström og Annika Nilsson. Formålet med studien var å utforske forholdet mellom emosjons-fokusert mestring, problem-fokusert mestring, og mental livskvalitet hjå pasientar med kronisk lidning. 292 pasientar som hadde levd med kroniske lidning i over 3 månadar, blant anna Parkinson, deltok i studien der dei skulle svare på 3 spørjeskjema. I denne studien kom dei fram til at effektive mestringsstrategiar er den viktigaste påverknadsfaktoren for livskvaliteten til pasientar med kroniske lidningar (Kristofferzon, Engström, & Nilsson, 2018).

4.5 How Well Do Caregivers Detect Depression and Anxiety in Patients With Parkinson Disease?

Denne kvantitative forskingsartikkelen er utført av Zhong Jie Kua mfl., og studien indikerte at forsørgjarar kan vere dårlege på å identifisere depresjon og angst hjå pasientar med

Parkinsons sjukdom Deltakarane i denne studien var pasientar med Parkinsons sjukdom utan demens og forsørgjarar som hadde kjent pasienten i minst 5 år og i stand til å fullføre spørjeskjema om pasienten sin funksjon og oppførsel (Kua mfl., 2018).

4.6 Working the way up in neurological rehabilitation: the holistic approach of nursing care

Denne forskingsartikkelen frå 2010 er utført av Mari Carmen Portillo og Sarah Cowley. I denne studien blei både kvalitative og kvantitative metodar teke i bruk i form av djupneintervju og observasjonar av deltakarane. Studien omfatta 37 sjukepleiarar, 40 nevrologiske pasientar og 40 pårørande. Det sosiale rehabiliteringsprogrammet baserte seg på kvar enkelt pasients behov og ressursar. Motivasjon og oppmuntring til pasientane var sjukepleiaranes nøkkelstrategi for å promotere aksept av pasienten sin eigen sjukdomstilstand. I studien såg dei at det å kunne vurdere pasienten sine heilskaplege behov, gje livsval og informere pasienten om andre fagfolk, har viktige implikasjonar for praksis, då mange daglege problem kan oppdagast tidlegare. Det kom også fram at mangel på kunnskap og erfaring på kva psykiske behov pasienten kan ha, gjorde at fleire sjukepleiarar forneakta ansvar for situasjonen. Sjukepleiarane kjente seg lite involvert i rehabiliteringa og berre sju av deltakarane hadde tidlegare erfaring med denne type rehabilitering. Resultantane frå denne studien støtter litteraturen i forhold til manglande utvikling av sjukepleierollen i heilskapleg og nevrologisk rehabilitering (Portillo & Cowley, 2011).

4.7 Improved self-management skills predict improvements in quality of life and depression in patients with chronic disorders

Denne kvantitative studien er utført av Gunda Musekamp, Jürgen Bengel, Michael Schuler og Herman Faller. Studien bestod av 580 pasientar med ulike kroniske lidingar, behandla i kliniske rehabiliteringsklinikkar med fokus på sjølvleiing. Pasientane skulle svare på spørjeskjema før og etter, og 3 månadar etter rehabiliteringsbehandlinga dei fekk. Studien konkluderte i betre sjølvrapporterte sjølvleiingsegenskapar etter rehabilitering. Vidare førte dette til positive endringar i både livskvalitet og depressive symptom ved slutten av rehabilitering og 3 månaders oppfølging (Musekamp, Bengel, Schuler, & Faller, 2016).

5. Å leve med Parkinson – ei psykisk påkjenning

I denne delen vil eg drøfte problemstillinga mi «*Korleis kan sjukepleiar bidra til auka mestring og livskvalitet hjå pasientar med Parkinson som lir av depresjon?*» opp mot funn frå forskingsartiklar, litteratur og egne erfaringar.

5.1 Livet med Parkinson

Å leve med Parkinson påverkar alle aspekt i livet. Fleire pasientar blir deprimert over at dei ikkje kan vere like aktiv som tidlegare. Det er vanskeleg å snakke med andre då sjukdommen fører til lågare stemme og mimikkfattighet. Dette kan igjen føre til at pasienten isolerer seg frå andre (Andreassen, 2013, s. 589). I min praksis har eg møtt fleire pasientar med Parkinsons sjukdom. Eg har lagt merke til at dei fleste som har kome eit stykke i sjukdomsforløpet opplever kommunikasjonsvanskar, og nokon har fortalt at dette hemmar dei i å initiere ein samtale. Dette kan tenkjast å vere årsaken til at dei vel å isolere seg frå andre og vil gjere det vanskelegare for sjukepleiar å oppnå god relasjon, ettersom pasienten har tendens til å ikkje ta ordet. Openheit og god dialog kan tenkjast å vere ein viktig faktor for å kunne oppnå god kvalitetsgivande sjukepleie. Å kunne snakke om sine behov og vanskar gjev pasienten moglegheit til å forstå seg sjølv betre (Hummelvoll & Dahl, 2012, s. 441). Utøving av god sjukepleie er noko som berre let seg verkeleggjere gjennom god kommunikasjon (Eide & Eide, 2017, s. 33). Van der Cingel (2011) får fram i sin studie at medkjensle kan gje pasienten motivasjon, og som sjukepleiar vil ein få moglegheit til å utøve god kvalitet i omsorgsgjevande tiltak. I tillegg kan dette føre til at pasienten deler personleg meningsfull informasjon som gjev sjukepleiar moglegheit til å gje pasienten god omsorg (van der Cingel, 2011). Dette er noko eg sjølv har opplevd i praksis. Eg erfarte at ved å vise medkjensle og omsorg til pasienten, fekk pasienten moglegheit til å opne seg og fortelje dersom vedkommande hadde noko i tankane. I tillegg til dette vart kartlegging og observasjonar av pasienten sin psykiske tilstand lettare jo meir eg vart kjent med pasienten. Vidare vart det enklare å gje omsorg og iverksetje tiltak som vidare kunne hjelpe pasienten å handtere sjukdommen. Dette kan samanliknast med det Travelbee (1999) seier om at dersom ein skal kunne hjelpe den sjuke, må ein som sjukepleiar setje seg inn i korleis pasienten sjølv opplever sjukdommen sin (Travelbee, 1999, s. 36). Tilsynelatande kan ein seie at openheit og gode relasjonar mellom pasient og sjukepleiar er viktig, for å kunne setje i verk omsorgsgjevande tiltak. Det er også viktig å hugse på at relasjonsbygging kan vere tidkrevjande og komplisert,

og det kan tenkjast at dersom ein pressar pasienten til å opne seg og dele sine personlege kjensler kan dette få ein paradoksal effekt og skape distanse.

5.2 Pasienten sin evne til mestring

Store fysiske og psykiske belastningar utløyer ein kombinasjon av kjensler, tankar og handlingstilbøyelegheit. Dette er individuelt og kan opplevast ulikt frå person til person. Mestring inneberer strategiar for å beherske, tolerere og redusere ytre eller indre påkjenningar og følgjer av slike påkjenningar. Desse mestringsstrategiane er individuelle/personlege og kan vere hensiktsmessig med tanke på ivaretaking av eigen helse. Mestring og tilpassing av livssituasjonen er ei krevjande oppgåve for pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 48). Travelbee (1999) skriv at eit av dei største problema pasienten kan ha, er sin eigen haldning til sjukdommen, på grunn av alle konsekvensane det kan få for pasienten sjølv (Travelbee, 1999, s. 36). Dette kjem også fram i studien av Anzaldi og Shifren (2019) at optimisme og pessimisme medierer forholdet mellom mestringsstrategiar og det å gå inn i depresjon. Funna i studien fortel at optimisme og pessimisme har like viktige roller i å forstå verknaden mestringsstrategiar har på utfallet av mental helse. Studien antyder at forholdet mellom problemfokuserte- og emosjonsfokuserte mestringsstrategiar og depressive symptom ser ut til å vere avhengig av individet med Parkinson sitt høge nivå av optimisme og låge nivå av pessimisme (Anzaldi & Shifren, 2019). Ut frå kontekst i studiet kan ein seie at optimisme-pessimisme balansegangen avgjer kor godt ein pasient handterer depresjonen som kan følgje med Parkinson. Eit eksempel på dette kan vere at dersom pasienten har eit pessimistisk utgangspunkt, kan dette hemme arbeidet med mestringsstrategiar og eventuelle depressive symptom kan komme sterkare fram. Ut frå dette kan ein seie at for å kunne vurdere gode individuelle mestringsstrategiar og terapeutisk behandlingssmåte, bør ein ta omsyn til grad av optimisme og pessimisme. Dobkin mfl., (2019) får fram i sin forskingsartikkel at det er føremålstenlege å tilpasse behandlingssprossen med omsyn til pasientane sine preferansar og tilpasse tiltak til deira funksjonsnivå. I denne studien tek dei fram eksempel på dette; Pasientar med pessimistiske tankar kan ha nytte av å lære tankemonitoring og omstillingsteknikkar, medan pasientar med depressive symptom, som fører til inaktivitet, kan ha nytte av åtferdsaktiveringsteknikkar (Dobkin mfl., 2019). I tillegg til dette kjem det fram i studien til Kristofferzon mfl., (2018) der konklusjonen var at effektive mestringsstrategiar er den viktigaste påverknadsfaktoren for livskvalitet til pasientar med kroniske lidingar (Kristofferzon mfl., 2018). Avslutningsvis kan ein seie at ein som sjukepleiar kan, ved å

tilrettelegge behandling etter pasientens føresetnadar og preferansar, bidra til meir effektive mestringsstrategiar hjå den enkelte pasient, som igjen kan føre til auka livskvalitet.

5.3 Sjukepleie

I forskingsartikkelen til Kua mfl., (2018) har dei komme fram til at forsørgjarar kan vere dårlege på å identifisere depresjon og depresjonssymptom hjå pasientar med Parkinson. Etter eigen erfaring frå praksis, har eg erfart at pasientar sjeldan gjev beskjed dersom dei skulle kjenne seg deprimerte. Depressive symptom er noko som har blitt tydeleggjort ved hjelp av observasjonar, samtalar og kjennskap til pasienten. Ettersom forsørgjarane i studien til Kua mfl., (2018) har kjent pasienten i over 5 år, kan det tenkjast at det å identifisere depresjonssymptom, sjølv på nokon ein kjenner godt, kan vere vanskeleg dersom pasienten sjølv ikkje gjev tydeleg uttrykk for dette. Målsetjinga til ein sjukeheim er å gje eit riktig medisinsk utrednings- og behandlingstilbod (Hauge, 2014, s. 265). Som sjukepleiar må ein kartlegge pasienten sine grunnleggjande behov, funksjonsnivå, behov for praktisk hjelp, støtte og omsorg. Dette må ein gjenta fleire gongar, då pasienten sitt funksjonsnivå endrar seg over tid (Herlofson & Kirkevold, 2014, s. 488). Ettersom pasienten sitt funksjonsnivå endrar seg over tid kan ein også sjå føre seg at pasienten sin psykiske velvære vil endre seg over tid, enten til det betre eller verre. Det kan tenkjast at grundig kartlegging over fleire periodar er gunstig for å oppretthalde ei oversikt over pasienten sin psykiske helse og velvære. I tillegg til kartlegging er det også viktig at sjukepleiar dokumenterer sine observasjonar slik at kollegaer kan følgje opp pasienten i deira fråvær. Dokumentering av behandling av sjukepleietiltak er også viktig for å ivareta pasienten i gjennomføring av nødvendige behandlingstiltak og yte praktisk hjelp til aktivitetar pasienten sjølv ikkje klarar (Herlofson & Kirkevold, 2014, s. 494). Ein kan tenkje seg at ved å dokumentere korleis dagen til pasienten har vore, kan ein sjå dersom pasienten har ein bra eller dårleg dag og etter kvar kanskje sjå eit mønster. Dette kan moglegvis vere ein måte å finne ut kva faktorar som spelar inn på dagshumøret til pasienten. Avslutningsvis kan det også påståast at god dokumentasjon, og ein godt gjennomført kartleggingsprosess over fleire periodar, kan vere viktig for ivaretaking av pasienten sin psykiske helse.

Som sjukepleiar skal ein gje informasjon på eit nivå som er tilpassa pasienten sin kommunikasjonsferdigheit, forståing og innlæringsevne (Slettebø, 2014, s. 217). I pasient- og brukarrettigheitslova §3-5 (1999) står det at informasjon skal vere så forståeleg at pasienten er

i stand til å forstå det som blir sagt, om nødvendig skal det gjevast skriftleg informasjon slik at pasienten kan finne det fram ved behov (Slettebø, 2014, s. 217). 11 av pasientane og 15 av pårørande i studien til Partillo og Cowley (2011) var ikkje klar over kva sjukdommen deira omhandla, i tillegg til dette mangla dei forståing av informasjonen som vart utgjeve og var ikkje klar over at det fantes organisasjonar for pasientar med Parkinson. Over halvparten av sjukepleiarane i studien visste ikkje korleis dei skulle ta kontakt med andre fagfolk med andre ressursar som kunne bidra til å hjelpe pasienten eller pårørande i deira situasjon. Til tross for dette var 95% av sjukepleiarane i denne studien klar over deira viktige rolle i å gje og klargjere informasjon til pasienten om sjukdommen og anna aktuell informasjon (Portillo & Cowley, 2011). Her kan det påståast at sjølv om ein som sjukepleiar er pliktig til å gje informasjon er det nødvendigvis ikkje alltid tilfellet. Mestring og tilpassing av livssituasjonen er ei krevjande oppgåve for pasienten. Som sjukepleiar har ein i oppgåve å hjelpe pasienten med dette. Det er viktig å fremje mestring hjå pasientane, blant anna ved å gje kjenslemessig støtte og informasjon (Eide & Eide, 2017, s. 48). Ein kan tenkje seg at dersom det ikkje blir gitt god nok informasjon til pasienten om sjukdommen og kva den medfører, kan dette føre til at pasienten sitt inne med informasjon om sin eigen sjukdomstilstand. Dette kan resultere i at pasienten ikkje deler informasjon som er relevant for sjukepleiar å ha kjennskap til, noko som kan føre til mangelfull tolking av sjukdomsforløpet. Dette kan igjen gjere det utfordrande å kartlegge pasientens behov og preferansar i høve omsorg og iverksetjing av sjukepleietiltak.

5.4 Kognitiv åtferdsterapi – eit sjukepleiarfagleg perspektiv

Pasientar med Parkinsons sjukdom har ei rekkje ikkje-motoriske symptom. Desse symptoma kan i likså stor grad som motoriske symptom ha ein negativ effekt på pasienten sin livskvalitet, og krev ofte ein annan form for behandling og tilnæringsmåte (Herlofson & Kirkevold, 2014, s. 482). Formålet med kognitiv åtferdsterapi (KAT) er å løyse problem og målet er endring av åtferd ved å hjelpe pasienten til å føle, tenkje og handle annleis ovanfor det helseproblemet vedkommande har (Eide & Eide, 2017, s. 278). Ein kan tenkje seg at KAT er ein terapimetode som kan vere relevant for sjukepleiaryrket, då denne behandlinga kan bidra til å styrke pasientane sine sjølvleiingsegenskapar og bevisstgjerjing av eigen sjukdom. I tillegg til dette kan ein seie at KAT kan bidra til å styrkje pasienten sin evne til mestring som igjen kan auke livskvaliteten. For å ta i bruk denne terapimetoden frå eit sjukepleiarfagleg perspektiv kan ein nytte samtalar med pasienten som eit verktøy. Som sjukepleiar kan man rettleie pasienten til å leggje vekt på sjølvleiing, slik at pasienten kan organisere og styrke seg sjølv, løyse problem, mestre situasjonar og kommunisere på ein føremålstenleg måte. Dette

kan utøvast ved å styrkje pasienten sin forståing for samanhengen mellom tankar, kjensler, kropp og åtferd. I tillegg til dette kan ein arbeide med å uttrykkje og få kontroll over kjensler som kan hindre behandling og vidare føre til at livskvaliteten reduserast (Eide & Eide, 2017, s. 278–279). Ut frå Eide og Eide (2017) kan ein konkludere med at KAT kan auke pasienten sine sjølvleiingseigenskapar, og at dette er noko som kan oppnåast i dialog med sjukepleiar. I tråd med studien til Musekamp mfl., (2016) som konkluderte med at auka sjølvleiingseigenskapar førte til positive endringar i både livskvalitet og depresjonssymptom, kan ein derfor i stor grad seie at ein som sjukepleiar har ein viktig rolle i å hjelpe pasienten med å oppnå betre livskvalitet.

Å kunne snakke om sine behov og vanskar gjev pasienten moglegheit til å forstå seg sjølv betre. Under samtale vil sjukepleiarens innflytelse ligge i å kunne velje påverknadar som kan fremje nødvendige sjølvendringar hjå pasienten (Hummelvoll & Dahl, 2012, s. 441). Her kan ein også trekkje fram medkjensle som eit verktøy. I studien til van der Cingel (2011) kjem det fram at medkjensle kan gje pasienten motivasjon, og som sjukepleiar vil ein få moglegheit til å utøve god kvalitet i omsorgsgjevande tiltak. Ein kan på mange måtar seie at sjukepleiar stimulerer sjølvendring hjå pasienten gjennom samtalar om behov og vanskar, og på bakgrunn av innflytelse i desse dialogane. Det kan tenkjast at pasienten, i samspel med sjukepleiar, kan oppleve sjølvendringa i form av mestringskjensle. Mestring dreier seg i stor grad om oppleving av å ha krefter til å møte utfordringar og kjensle av å ha kontroll over eige liv. Aktiv og god mestring er ein god måte å tilpasse seg den nye verkelegheita, og gjere seg i stand til å sjå forskjellen på det ein må leve med, og det ein sjølv kan vere med på å endre (Hvinden, 2012, s. 54).

Ein antar at pasienten har førestillingar om sjukdommen som fører til at man tenkjer og handlar på måtar som ikkje er hensiktsmessige, og som ofte gjer situasjonen verre og meir belastande for pasienten. Som sjukepleiar kan ein ta i bruk samtale med pasienten, ved å ta i bruk utforskande spørsmål og framkalle pasienten sine tankar og kjensler omkring plagene pasienten har (Eide & Eide, 2017, s. 278–279). For å kunne gje den beste sjukepleia er det viktig å avdekke kva for område pasienten treng mest hjelp med (Rustøen, 2010, s. 53). Det kan tenkjast at pasienten sin eigen haldning til sjukdommen avgjer kor godt pasienten handterer sin eigen sjukdomstilstand. Ein kan på bakgrunn av dette seie at sjukepleiar, gjennom samtale med pasienten, kan avdekkje viktige områder gjennom utforskande spørsmål og å framkalle og analysere tankar og kjensler. Slik kan det tenkjast at sjukepleiar

kan jobbe mot å enklare tilpasse aktivitetar og opplegg som fører til mestringskjensle hjå pasienten. Dette kjem også fram i studien til Dobkin mfl., (2019). som får fram at KAT viser positive resultat på ein mengde ulike typar depresjonssymptom hjå Parkinsons pasientar med depresjon. På same måte som KAT kan vere leiande i arbeidet med livskvalitet, kan også KAT vere leiande i korleis ein tilnærmar seg psykoterapeutisk behandling for depresjon hjå pasientar med Parkinsons. Som resultat av dette kan ein tilpasse behandlingsprosessen med omsyn til pasientane sine preferansar og tilpasse tiltak til deira funksjonsnivå.

Oppsummerande her kan ein seie at under samtale kan sjukepleiar, saman med pasienten, få fram tankar og kjensler pasienten har kring plagene sine. Sjukepleiar kan deretter tilpasse behandlingsprosessen utifrå det pasienten sjølv klarar og ynskjer. Ein kan tenkje seg at ved å ta i bruk pasienten sin kunnskap og kjennskap til eigen kropp, kan ein vidare under samtale og tilrettelegging, hjelpe pasienten med å avdekke ytterlegare område pasienten treng hjelp med. Tilretteleggingar sjukepleiar gjer i behandlingsprosessen aukar sjansen for mestringskjensle hjå pasienten. Avslutningsvis kan det derfor tenkjast at dersom pasienten tar i bruk mestringsstrategiar som er individuelt tilpassa, kan dette igjen bidra til auka mestring og dermed auka livskvalitet.

6. Konklusjon

Parkinsons sjukdom fører med seg ei rekkje motoriske symptom og plagar. I tillegg til dette fører sjukdommen med seg fleire ikkje-motoriske symptom, blant anna depresjon. Som sjukepleiar, i møte med Parkinsons pasientar som lir av depresjon, vil det vere viktig å skape ein god relasjon som byggjer på medkjensle og omsorg. Forsking og teori viser at styrka sjølvleiingsegenskapar og oppleving av mestring kan bidra til auka livskvalitet. Det kjem fram i denne oppgåva at fleire sjukepleiarar har manglande kunnskap og erfaring når det gjelder psykoterapeutisk rehabilitering. Sjukepleiar har ei viktig rolle ovanfor pasienten sin rehabiliteringsprosess, og det er derfor sentralt at ein som sjukepleiar sikrar god informasjon til pasienten og eventuell bruk av eksterne ressursar for å oppnå dette. Det er individuelt kva mestringsstrategiar som fungerer på kvar enkelt pasient og ein må derfor, saman med pasienten, tilpasse behandlinga etter preferansar og behov. Gjennom grundig dokumentasjon og vidareføring av informasjon til kollegiet kan ein sikre at pasienten blir ivareteken og at naudsynte behandlingstiltak blir sett i verk og oppretthaldt. Gjentakande kartlegging av pasienten sine behov og psykiske helse, slik at eventuelle symptom kan oppdagast og behandlast på ein tilfredstillande måte, er naudsynt for å sikre god effekt av eventuell behandling.

Kognitiv åtferdsterapi har vist seg å vere ein effektiv behandlingsteknikk i høve ulike typar depresjonssymptom hjå Parkinsons pasientar med depresjon. Kognitiv åtferdsterapi baserar seg på pasienten sine tankar, kjensler, kropp og åtferd – og det er i den mellommenneskelege kontakten at denne informasjonen kjem fram. Dette gjer at kognitiv åtferdsterapi er ein føremålstenleg og effektiv teknikk for sjukepleiar å nytte i behandling av pasientar med Parkinson som lir av depresjon. Klarar ein å kartlegge pasienten sin psykiske tilstand og deretter finne ein behandlingsmetode som passar for den enkelte, kan sjukepleiar bidra til att pasienten opplever auka mestring og vidare auka livskvalitet.

Kjelder

- Andreassen, H. M. (2013). Sykepleie til pasienter med sykdommer i sentralnervesystemet. I U. Knutstad, *Utøvelse av klinisk sykepleie - Sykepleieboken 3* (s. 537–608). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Anzaldi, K., & Shifren, K. (2019). Optimism, Pessimism, Coping, and Depression: A Study on Individuals With Parkinson's Disease. *The International Journal of Aging and Human Development*, 88(3), 231–249. <https://doi.org/10.1177/0091415018763401>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dietrichs, E. (2010). Parkinsonisme og andre bevegelsesforstyrrelser. I L. Gjerstad, E. Helseth, & T. Rootwelt, *Nevrologi og nevrokirurgi fra barn til voksen: undersøkelse, diagnose, behandling* (s. 471–490). Høvik: Vett & viten.
- Dobkin, R. D., Mann, S. L., Interian, A., Gara, M. A., & Menza, M. (2019). Cognitive behavioral therapy improves diverse profiles of depressive symptoms in Parkinson's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(5), 722–729. <https://doi.org/10.1002/gps.5077>
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner personorientering, samhandling, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (s. 253–283). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Herlofson, K., & Kirkevold, M. (2014). Parkinsons sykdom. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (s. 480–495). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, J. K., & Dahl, T. E. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Hvinden, K. (2012). Etablering av lærings- og mestringssentra. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen, *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 48–62). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristofferzon, M.-L., Engström, M., & Nilsson, A. (2018). Coping mediates the relationship between sense of coherence and mental quality of life in patients with chronic illness: a cross-sectional study. *Quality of Life Research*, 27(7), 1855–1863.
<https://doi.org/10.1007/s11136-018-1845-0>
- Kua, Z. J., Pachana, N. A., Byrne, G. J., O’Sullivan, J. D., Marsh, R., Torbey, E., ...
Dissanayaka, N. N. W. (2018). How Well Do Caregivers Detect Depression and Anxiety in Patients With Parkinson Disease? *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 31(5), 227–236. <https://doi.org/10.1177/0891988718788641>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) - Lovdata. (1999).
Henta 6. juni 2019, frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#shareModal>
- Musekamp, G., Bengel, J., Schuler, M., & Faller, H. (2016). Improved self-management skills predict improvements in quality of life and depression in patients with chronic disorders. *Patient Education and Counseling*, 99(8), 1355–1361.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.03.022>
- Næss, S. (2011). Språkbruk, definisjoner. I J. Eriksen, T. Moum, & S. Næss, *Livskvalitet forskning om det gode liv* (s. 15–47). Bergen: Fagbokforl.
- Portillo, M. C., & Cowley, S. (2011). Working the way up in neurological rehabilitation: the holistic approach of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11–12), 1731–1743.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03379.x>
- Rustøen, T. (2010). Livskvalitet og velvære. I U. Knutstad, *Sykepleieboken 2* (s. 29–55). Oslo: Akribe.

- Slettebø, Å. (2014). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (s. 212–223). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Støren, I. (2013). *Bare søk!: praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie*. Oslo: Cappelen Damm.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforl.
- van der Cingel, M. (2011). Compassion in care: A qualitative study of older people with a chronic disease and nurses. *Nursing Ethics; London, 18(5)*, 672–685.
<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1177/0969733011403556>
- Wyller, T. B. (2015). *Geriatriske medisinske lærebok*. Oslo: Gyldendal akademisk.

VEDLEGG 1 - Presentasjon av forskingsartiklar i tabell:

Forskingsartikkel:	Søkjeord:	Database:	Antall treff:	Dato:
<i>Cognitive behavioral therapy improves diverse profiles of depressive symptoms in Parkinson's disease</i>	Parkinson AND Depression	CINAHL with Full Text	<u>1327</u> Treff nr. 4	22.04.2019
<i>Optimism, Pessimism, Coping, and Depression: A Study on Individuals With Parkinson's Disease</i>	Parkinson AND Depression	CINAHL with Full Text	<u>1327</u> Treff nr. 12	27.04.2019
<i>Coping mediates the relationship between sense of coherence and mental quality of life in patients with chronic illness: a cross-sectional study</i>	Quality of life AND Chronic illness	CINAHL with Full Text	<u>972</u> Treff nr. 2	15.05.2019
<i>Compassion in care: A qualitative study of older people with a chronic disease and nurses</i>	Chronic disease AND Nursing AND Compassion	CINAHL with Full Text	<u>7</u> Treff nr. 2	15.05.2019
<i>How Well Do Caregivers Detect Depression and Anxiety in Patients With Parkinson Disease?</i>	Depression AND Parkinson's disease	CINAHL with Full Text	<u>1205</u> Treff nr. 5	16.05.2019
<i>Working the way up in neurological rehabilitation: the holistic approach of nursing care</i>	Social rehabilitation AND Nursing care	CINAHL with Full Text	<u>336</u> Treff nr. 1	24.05.2019
<i>Improved self-management skills predict improvements in quality of life and depression in patients with chronic disorders</i>	Social rehabilitation AND Chronic disease AND Depression	CINAHL with Full Text	<u>44</u> Treff nr. 2	31.05.2019