



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	14-04-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	28-04-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
Flowkode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	424
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	Liuskvalitet hjå pasientar med demens
Antall ord *:	8987

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen** Nei
konfidensielt
materiale?:

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

Jeg godkjenner autalen 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

BACHELOROPPGÅVE

Livskvalitet hjå pasientar med demens

Quality of life of patients with dementia

Kandidatnummer: 424

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for Helse og Sosialvitskap / Institutt for helse- og omsorgsvitskap / Høgskulen på Vestlandet

Innleveringsdato: 28.04.2022

Livskvalitet hjå pasientar med demens -som lid av angst og depresjon



Bilde 1. Er henta 09.04.2022 frå <https://ndla.no/article/27901>. Jenssen, D., Samfoto, NTB scanpix

Bacheloroppgåve i sjukepleie

Høgskulen på Vestlandet, Campus stord, Kull 2019

Innleveringsdato: 28.04.2022

Antall sider: 40

Antall ord: 8987

Dement

*Å koma på sjukeheim
Og kanskje byrja å rota litt
Med ting og tid og stad
Folk trur eg er død allereie
For huset er seld
Hagen er borte
Eg klarar ikkje lage mat sjølv lenger
Og eg treng hjelp til å dusje*

*Av og til er det vanskeleg å sortere
Namn, fjes, barnebarn, oldebarn
Kven er kven?
Eg veit det nok
Men eg gløymer
Og kjem på*

*I blant gløymer eg når du er på besøk
Og hugsar når du har gått
Det er vondt
Eg er eit menneske eg også
Eit slikt som pustar, tenkjer og kjenner
På glede
Og smerte
Slikt som mennesker gjer*

*Greitt nok
Eg er gamal
Har levd mitt liv
Er nøgd med alt eg har fått*

*Men noko gjer vondt
Dei som var ein del av livet mitt før
Som ikkje er der lenger
Kor er dei?
Dei ringer ikkje*

*Skriv ikkje
Sender ikkje bilete

Eg er jo dement
Eg er ferdig
Eg treng ikkje telefonar
Ikkje brev
Eller bilete*

*Eg skal jo dø snart
Det rasjonelle meg er visst død allereie
Dei trur at eg ikkje saknar dei
At eg ikkje treng dei
At eg ikkje kjenner dei att lenger
For eg er dement
Og det er eg jo*

*Men eg er ikkje død

Sjølv om livet går sin gang
generasjoner går sin gang
Og det ikkje er min tur lenger
Det er mine barn som er gamle no*

*Eg berre sit her
Og tenkjer
Og tenkjer
Og ventar på ein telefon
På eit brev
Eller eit bilete
Eg ventar på eit teikn
På at du framleis er glad i meg
For eg lever faktisk endå.*

Samandrag

Tittel: Livskvalitet hjå pasientar med demens- som lid av angst og depresjon

Bakgrunn for val av tema: Demens er ei av dei største globale utfordringane verda står ovanfor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Demensdiagnosen i seg sjølv er ei stor påkjenning for den som blir ramma, i tillegg er pasientar med demens utsett for depresjon. Det er difor heilt nødvendig med auka kunnskap om kva tiltak sjukepleiarar kan bidra med for å betra livskvalitet hjå denne pasientgruppa.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiarar bidra til å betra livskvalitet hjå pasientar med demens?

Føremål: Føremålet med oppgåva er å auka kunnskapen om kva tiltak sjukepleiarar kan bidra med for å betra livskvalitet hjå pasientar med demens som lid av angst og depresjon.

Metode: Oppgåva er basert på litteraturstudie. Systematiske søk er utført i CINAHL og SveMed+. Manuelle søk er blitt utført via Google scholar, PsycINFO og i referanselistene til dei systematiske oversiktsartiklane.

Resultat: Funna viser at fysiske og psykologiske aktivitetar har effekt på humør, depresjon og livskvalitet hjå pasientar med demens. Personalkompetanse og korleis sjukepleiaren møter pasienten viser og ei påverknad til korleis pasienten har det.

Konklusjon: Pasientar med demens har ulike behov og sjukepleiarar må difor bli kjend med pasienten bak diagnosen for å kunne vurdere pasientens individuelle behov. For å bidra til å betra livskvalitet hjå denne pasientgruppa må sjukepleiarar tilretteleggja for fysisk og psykologisk aktivitet, samt unngå ei «one size fits all» tilnærming ved utøving av omsorg og sjukepleie.

Nøkkelord: Demens, livskvalitet, angst, depresjon, sjukepleiar

Summery

Title: Quality of life of patients with dementia – who is suffering from anxiety and depression

Theme roll background: Dementia is one of the biggest global challenges facing the world (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). The dementia diagnosis itself is a major strain on those affected, in addition, patients with dementia are prone to depression. It is therefore necessary to have increased knowledge about what measures nurses can contribute to improve the quality of life in this patient group.

Issues: How can nursing help improve quality of life in patients with dementia?

Purpose: The purpose of the thesis is to increase knowledge about what measures the nurse can contribute to improve the quality of life in patients with dementia who suffer from anxiety and depression.

Method: The method used in this thesis is based on a literature study. Systematic searches have been carried out in CINAHL, SveMed and PsycINFO. Manual searches have been carried out via Google scholar and in the reference lists of research that was used in the task.

Result: The findings show that physical and psychological activities have an effect on mood, depression and quality of life in patients with dementia. Personnel competence and how the nurse meets the patient.

Conclusion: Patients with dementia have different needs and nurses must therefore become acquainted with the patient behind the diagnosis in order to assess the patient's individual needs. In order to improve the quality of life of this patient group, nurses must facilitate physical and psychological activity, as well as avoid a "one size fits all" approach in nursing care.

Keywords: Dementia, quality of life, anxiety, depression, nurs*

Forord

Inspirasjon til å skrive om livskvalitet for pasientar med demens fekk eg gjennom praksis. Under praksis på ein sjukeheim for pasientar med demens opplevde eg å arbeide med demens på ein heilt annan måte enn tidlegare. Det var ein fantastisk plass å vera i praksis. Fokuset var i stor grad retta mot miljøarbeid og tiltak for å gjera dagane for pasientane så gode som mogleg. Kjekke aktivitetar som å reise til naturparkar, bingo med kjekke premiar, cafebesøk, tur, hattefestar, konsertar og besøk på gardar med mykje dyr. Ein fantastisk plass for pasientane å bu, med dyktige og omsorgsfulle ansatte som har helsefremjing i fokus. Vil takka denne fine sjukeheimen for alt det fine dei gjer for pasientane sine, og for alt eg lærte der som eg tar med meg i min sjukepleiekarriere.

Andre som fortener ei stor takk er min vegleiar under bachelor oppgåva. Tett oppfølging, engasjement og støtte under heile prosessen, og alltid tilgjengeleg på telefon. Vil og takka gode vener for korrektur, gode tips og tolmogheit. Takk til medstudentar for motivasjon og hyggelege skrivestunder. Samtidig vil eg takka biblioteket for gode søkekurs og god individuell vegleiing når eg har stått fast i søkeprosessen. Og sist men ikkje minst vil gi ein stor takk til forfattar Steinar Hjelmbrække for at fekk lov å bruka diktet hans «Demens» i oppgåva mi. Eit fantastisk dikt som rørte meg. Takknemleg for å bli møtt med positivitet for å bruke det vidare.

Innholdsliste

1.0 Innleiing.....	1
1.1 Bakgrunn for val av tema og grunngjeving	1
1.2 Sjukepleiefagleg relevans	2
1.3 Problemstilling.....	3
1.4 Avgrensing og presisering av problemstillinga	3
1.5 Oppgåvas disposisjon.....	3
2.0 Teori.....	4
2.1 Sjukepleieteoretisk perspektiv	4
2.1.1 Travelbee om terapeutisk og målretta intellektuell tilnærming	4
2.2 Livskvalitet	5
2.3 Demens	6
2.4 Depresjon og angst hjå pasientar med demens	7
2.5 Personsentrert sjukepleie til personen med demens.....	7
3.0 Metode	9
3.1 Metode	9
3.2 Litteraturstudie som metode.....	9
3.3 Søkeprosessen	9
3.3.1 Søk i databasar	10
3.3.2 Manuelle søk	14
3.4 Metodekritikk/Kjeldekritikk	14

3.4.1 Kritisk vurdering av forskingsartiklar, litteratur og eiga oppgåve.....	15
3.5 Ethiske vurderingar	16
4.0 Resultat.....	17
4.1 Presentasjon av forskingsartiklar	17
4.2 Samla funn av resultata	23
5.0 Drøfting	24
5.1 Gode rammer og sosial støtte.....	24
5.2 Fysiske og Psykologiske tiltak for å betra livskvalitet hjå pasientar med demens	25
5.3 Utøving av sjukepleie til personar med demens	28
6.0 Konklusjon.....	31
7.0 Referanseliste	32
8.0 Vedlegg	35

1.0 Innleiing

I dette første kapittelet kjem det ei introduksjon til oppgåva og ei grunngjeving for val av temaet. Vidare vil det bli lagt fram sjukepleiefagleg relevans rundt temaet før problemstillinga blir presentert. Grunna omfanget på oppgåva er det satt nokre avgrensingar som vil bli presentert saman med ei presisering av problemstillinga. Til slutt i kapittelet vil oppgåvas disposisjon bli lagt fram slik at ein veit kva som ventar vidare i oppgåva.

1.1 Bakgrunn for val av tema og grunngjeving

Demens er noko av det som har engasjert meg gjennom heile sjukepleiestudiet. Gjennom praksis på ein sjukeheim for pasientar med demens fekk eg erfare viktigheita av tilstrekkeleg kunnskap om korleis ein møter denne pasientgruppa. Demens er ei stor påkjenning og utfordring både for personen som blir ramma, de pårørande, helse- og omsorgstenestene og for samfunnet generelt. Som Fredriksen (2018, s. 39) skriv er det alltid vondt å sjå nokon «forsvinne i demens», men det kan og vera ekstremt vondt for den som opplev å «forsvinne» i sjukdommen. Hukommelsen forsvinn meir og meir, ord blir borte og problema med å forstå og bli forstått blir større og større (Fredriksen, 2018, s. 3). Av erfaring har eg sett pasientar som sit med ei kjensle av å føla seg svikta og ført bak lyset av sine pårørande, mange føler dei blir «lurt» inn på institusjonar. Plutselig føler pasienten seg som ei byrde og belastning for sine nærmaste. Dette er vondt og skaper eit enormt følelsspekter hjå den demenssjuke pasienten.

Demens er ei av dei største globale utfordringane verda står ovanfor (Helse – og omsorgsdepartementet, 2020). Om lag 101 000 personar lev med demens i Norge i dag (Folkehelseinstituttet, 2021). I følgje Verdas helseorganisasjon (WHO) er det på verdsbasis over 55 millionar menneske med demens. Innan 2030 vil antalet stige til 78 millionar og innan 2050 til 139 millionar. Det aukande antalet personar med demens skyldast aukande antal eldre (Sykepleien, 2021). Regjeringa tar grep om det aukande problemet i «Demensplanen 2025». Her legg dei vekt på gode tiltak og tenester som kan gjera livet lettare, samt å betra livskvalitet hjå personar med demens. Blant anna er det utarbeida ei nasjonal fagleg retningslinje for demens. Strategien og tiltaka i «Demensplanen 2025» skal bidra til å setje demensutfordringar og dagsorden i kommunes og helseføretaka sitt ordinære planarbeid.

Målet er å sikte langsiktig og fullstendig i planlegging av lokalsamfunn og omgivelser samt dimensjonering og kvalitetsutvikling av tenester til eit aukande antal personar med demens (Helse og omsorgsdepartementet, 2020, s. 11). Helse- og omsorgsdepartementet (2020) skriv at det dessutan er behov for meir kunnskap om kva eit demensvennleg samfunn er og bør vera. Fokuset må vera på å lage gode rammer for å bidra til å betra livskvaliteten og gi gode opplevingar. Demens er ein sjukdom som krev ei heilt unik innleving i andre menneske, som oppfordrar til blant anna empati og medkjensle (Fredriksen, 2018, s. 107).

Viktige målsettingar i sjukepleia er at vi har den kunnskapen som er nødvendig for at livskvalitet og velvære kjem pasienten til gode. Uansett kva situasjon pasienten er i så er det alltid noko ein sjukepleiar kan gjera for å styrka livskvaliteten eller betra velvære til pasienten (Rustøen, 2016, s. 80). Tap av både kognitive og motoriske funksjonar, samt tilleggssymptom som angst og depresjon, åtferdssymptom som motorisk uro, aggresjon og vrangførestillingar fører ofte til mykje lidning for dei ramma (Folkehelseinstituttet, 2021). Basert på eigne inntrykk og erfaringar gjennom praksis samt statistikk ynskjer eg å finne ut meir om sjukepleie tiltak for å kunne bidra til å betra livskvaliteten hjå pasientar med demens som lid av angst og depresjon.

1.2 Sjukepleiefagleg relevans

Det er i dag rundt 40 000 sjukeheims plassar i Norge og omtrent 84 % av desse er det personar med demens som har (Folkehelseinstituttet, 2021). Pasientar med demens er i tillegg utsett for depresjon (Berentsen, 2008, s. 359). Det er difor heilt nødvendig å auka kunnskapen om kva tiltak sjukepleiarar kan bidra med for å betra livskvalitet hjå pasientar med demens. Alle pasientar har behov for å bli møtt med respekt og likeverd (Berentsen, 2008, s. 374).

Sjukepleieteoretikar Joyce Travelbee (2017) baserer sin teori på ein menneske til menneske prosess der sjukepleiaren hjelper pasienten til å førebyggje, meistre eller finne mening ved sjukdom og lidning (Travelbee, 2017, s.29). I sjukepleia kan ein ikkje berre redusere plager, men må rette oppmerksomheit mot pasientens opplevingar og velvære (Rustøen, 2016, s. 91).

Eldre menneske på sjukeheimar blir ofte sett på som «resultatlause». Dei kan ikkje kurerast eller sendast tilbake til produktiv samfunnstmeieneste. I eit holistisk og helsefremjande perspektiv er derimot ingen pasientar «resultatlause». Alle kan hjelpast til auka oppleving av mening, velvære og livskvalitet (Gammersvik, 2018, s. 150). Sjølv om meistringsevna er

reduisert, har dei ofte andre helseressursar intakte. Sjukepleiarane treng kunnskap om helsefremjing som kan skape tryggleik og tillit, og dermed meistringsevne som er viktig for livskvalitet (Gammersvik, 2018, s.151). Sjukepleiarar og anna helsepersonell har moglegheit for å gjera det sosiale miljøet rundt pasientane trygt, ope og triveleg.

1.3 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiarar bidra til å betra livskvalitet hjå pasientar med demens?

1.4 Avgrensing og presisering av problemstillinga

Grunna oppgåvas omfang er det satt visse avgrensingar til tematikken. Oppgåva er basert på korleis sjukepleiar kan bidra til å betra livskvalitet hjå pasientar med demens som lid av angst og depresjon. Det er eit krav om at pasienten har ei klinisk diagnose av demens, samt symptom på depresjon og angst. Det vil og vera krav om at pasienten er busett på langtidsinstitusjon, og dermed tar oppgåva ikkje for seg heimebuande pasientar med demens. Det vil ikkje vera avgrensingar i forhold til alder, men eit krav om forholdsvis god fysisk form hjå pasientane. Pårørande vil ikkje bli inkludert i denne oppgåva.

I oppgåva vil det vera naturleg å nemne aktivitetar i dagleglivet (ADL) som blant anna tiltak for å betra livskvalitet. Heretter vil aktivitetar i dagleglivet kun bli omtalt som ADL i oppgåva.

1.5 Oppgåvas disposisjon

Vidare i oppgåva vil det i kapittelet om teori bli presentert sjukepleieteoretisk perspektiv og definisjon på sentrale omgrep for oppgåva. I kapittelet om metode blir metode og litteraturstudie presentert. Deretter vil søkeprosessen, metodekritikk, kritisk vurdering av forskning, litteratur og eiga oppgåve og til slutt i metoddelen vil etikk i oppgåveskriving bli presentert. Kapittelet om resultat presenterer eit samandrag av kvar av dei utvalde forskingsartiklane, i tillegg til ei felles oppsummering om kvifor dei er relevante for å svara på problemstillinga i oppgåva. I kapittelet om drøfting vil problemstillinga bli drøfta opp i mot aktuell forskning og teori, før det slutt blir ei samla konklusjon av funn som er gjort.

2.0 Teori

I dette kapitlet vil val av sjukepleieteoretikar bli presentert. Deretter vil teori som er relevant for å svare på problemstillinga bli presentert.

2.1 Sjukepleieteoretisk perspektiv

Sjukepleieteoretikar Joyce Travelbee baserer sjukepleie på ein mellommenneskeleg prosess der sjukepleiaren hjelper pasienten til å førebyggje, meistre eller finne mening ved sjukdom og liding (Kristoffersen, 2016, s. 26). Sjukepleietenkinga til Travelbee bidrar til å klargjera korleis sjukepleiaren kan hjelpa pasienten med å ivareta behova og gjera dette på ein måte som bidrar til å fremja opplevinga av verdigheit (Kristoffersen, 2016, s. 18). God helse er nær knytt opp til å kunne utføre ADL på ein tilfredsstillande måte (Kristoffersen, 2016, s. 29). I situasjonar der eit menneske sine egne ressursar er utilstrekkelege blir det svært tydeleg kor avhengige man er av andre menneske (Kristoffersen, 2016, s. 30).

Travelbee beskriv kommunikasjon som sjukepleiarens viktigaste reiskap når det gjeld å etablere eit menneske til menneske forhold (Kristoffersen, 2016, s. 35). Gjennom kommunikasjonen blir sjukepleiarar kjend med pasienten som person. For å kunne identifisere pasientens særeigne behov, planlegge og utføre sjukepleie i samvær med pasienten er det særdeles viktig å kjenne til pasienten bak diagnosen. Det er langt viktigare for sjukepleiarar å kjenne til pasientens opplevingar og følelsar rundt ein gitt situasjon enn å berre forhalda seg til individets diagnose (Kristoffersen, 2016, s. 30). Kulturen som eit menneske er ein del av vil ha betydning for vedkomande si oppfatning av sjukdom og liding (Kristoffersen, 2016, s. 29).

2.1.1 Travelbee om terapeutisk og målretta intellektuell tilnærming

Evna til å bruka seg sjølv terapeutisk kjenneteiknar ein profesjonell sjukepleiar. Det vil sei at sjukepleiaren må bruka eigen personlegheit på ein bevisst, gjennomtenkt og hensiktsmessig måte i samhandling med pasienten (Kristoffersen, 2016, s. 35). Sjukepleiaren treng ei djup innsikt i menneskets vilkår og eit gjennomtenkt forhold til sine egne verdiar og haldningar både i forbindelse med sjukdom, liding og død (Kristoffersen, 2016, s. 35).

Sjuepleiarar skal nytta ei form for målretta intellektuell tilnærming for å hjelpa den sjuke og lidande pasienten. Dette vil seia at for å kunne identifisere pasienten sine behov og korleis ein best kan møte desse må sjukepleiaren nytta sin fagkunnskap og sin innsikt (Kristoffersen, 2016, s. 35). Observasjon og kartlegging av pasienten sine behov er første framsteg. Vidare vurderer sjukepleiaren sin egen stand og evne til å møte pasienten sine behov, eventuelt vurderer om pasienten skal henvisast til andre helseinstansar. Deretter må sjukepleiaren leggja ein plan på korleis sjukepleiebehova skal ivaretakast i form av metode, tidspunkt og alternative måtar å møte behova på. Ei vurdering om pasientens behov blir ivaretatt blir føretatt heilt til slutt (Kristoffersen, 2016, s. 35).

2.2 Livskvalitet

Det er mange definisjonar på kva livskvalitet er. Psykolog Siri Næss sin definisjon på omgrepet vil bli tatt med her. Næss beskriv livskvalitet med å ha det godt (Kristoffersen, 2016, s. 55). Det å ha det godt vil seia å ha gode følelsar og vurderingar rundt eige liv. Glede, engasjement og kjærleik er eksempel på slike gode følelsar. Det å vera tilfreds med eige liv, ha sjølvrespekt og ei oppleving av mening med eigen tilværelse er eksempel på positive vurderingar for god livskvalitet (Kristoffersen, 2016, s. 55) Sjølv om det ikkje alltid er mogleg for kurativ helbreding i sjukdom, slik som ved demens, så er det viktig at pasientane har det så godt som mogleg på tross av sine begrensningar (Rustøen, 2016, s. 80).

Livskvalitet og velvære har i dei seinare år vore i større fokus i sjukepleia. (Rustøen, 2016, s. 91). Viktige årsaker til det er at fleire og fleire blir eldre og fleire lev med kronisk sjukdom, og at fleire av den grunn har behov for livslang behandling Slike komplekse helseproblem skapar eit behov for heilhetlig forståing og tilnærming til pasienten og eit behov for å få tak i pasientens eigen oppleving av situasjonen (Rustøen, 2016, s. 91). Alderdommen inneberer for dei aller fleste at ein må tilpassa seg negative hendingar som redusert helse og tap av nære personar. Når ein opplev slike hendingar gjeld det å finne ut korleis ein kan gå gjennom det utan å føle at ein mistar kvaliteten på livet – finne nye måtar som framleis gjer livet verdt å leve (Thorsen, 2008, s. 66). Forsking viser at sosial støtte og sosial deltaking har ei gunstig effekt på psykisk helse, meistring og livskvalitet (Folkehelseinstituttet, 2015). Meistring er nær knytt til stressituasjonar og handlar i stor grad om korleis ein møter problem, stress og belastningar. (Lode, 2016, s. 40). Det å meistre kan innebere at sjukepleiaren legg til rette for at pasienten kan utføre oppgåver, eller deler av dei, som han ville ha utført dersom han var

frisk (Eriksen, 2015 s. 902).

2.3 Demens

Demens er ein sjukdom som inneberer kognitiv svikt, åtferdsmessige og psykotiske forandringar (Berentsen, 2008, s. 350). Sjukdommen blir kjenneteikna ved svekka mental kapasitet og medførande svikt i psykologiske prosessar som hukommelse, oppmerksomheit, læring, tenking og kommunikasjon. Tilstanden er kronisk og kan ikkje kurerast, og blir som oftast forverra over tid (Berentsen, 2008, s. 354). Førekomsten av demens aukar med stigande alder. I aldersgruppa 65 – 69 år får 0,7% demens, medan pasientar over 90 år er det 48 % som får demens. Totalt har åtte prosent av nordmenn over 59 år demens (FHI, 2021).

Demenssymptoma utviklar seg over tid, avhengig av kva sjukdom ein har som ligg i botn. Hjå nokon kan sjukdomsforløpet vera kort og intenst, medan hjå andre kan det strekkje seg over inntil 20 år (Berentsen, 2008, s.355).

Tabell 1. Symptom frå mild til alvorleg grad av demens

Mild grad av demens	Moderat grad av demens	Alvorleg grad av demens
Personen sjølv og dei nærmaste merkar at gløymshetta får konsekvensar i kvardagen	Mister taket på tilværelse i aukande grad	Hugsar kun bruddstykker frå tidlegare liv
Avtalar blir gløymt	Dårleg hukommelse	Kjenner ikkje lenger familien, ansikt eller kjende stemmer
Dagane går i surr	Lita evne til å løyse problem	Kan ikkje orientere seg for tid, stad eller situasjon.
Vanskeleg å følgje med på klokke og kalender	Påkledning, matlaging og klesvask blir for komplisert	Forstår ikkje det andre seier
Lite flyt i setningar, vanskar med å kome på viktige ord	Stedssansen sviktar – lett å gå seg vill	Begrensa ordforråd
Daglegdagse oppgåver blir gløymt	Kommunikasjonsproblem	Handlingssvikt
Kan klare seg i heimen med litt tilrettelegging, påminnelsar og hjelp	Ser ikkje konsekvensar av ting	Kontinens for urin og avføring
	Angst, fortvilelse, depresjon eller sinne over tapte funksjonar	Vanskeleg å styre bevegelsar
		Treng hjelp døgnet rundt

(Berentsen, 2008, s. 355).

2.4 Depresjon og angst hjå pasientar med demens

Frykt, byrda, skam og all tabu rundt demens gjer at sjukdommen blir vanskeleg å leva med. Mange blir tidleg i sjukdommen deprimerte og mange plages med angst. Mange blir difor isolert heime (Fredriksen, 2018, s. 40).

Depresjon er ein sinnstilstand med tristheit, hjelpelausheit og motlausheit. Depresjon er vanleg hjå dei med ein eller fleire sjukdommar frå før og førekomer hyppig blant eldre (Berentsen, 2008, s. 359). Pasientar med mild eller moderat grad av demens er utsett for depresjon. Det kan skape reaksjonar hjå pasienten når ein ikkje meistrar daglege ting slik som før. Usikkerheit og tap av moglegheiter. Mange med demens opplever det eine tapet etter det andre, og i tidleg fase ser ein sjølv konsekvensane av tapa som gjer det ekstra vondt og vanskeleg (Berentsen, 2008, s. 359).

Angst opplevast som ein diffus indre uro. Ein kan føle seg engsteleg utan å vite kvifor. Angst er eit vanleg tilleggssymptom både ved somatiske sjukdommar og demens. Personar med demens manglar oversikt over egen situasjon og befinner seg ofte på institusjonar der dei ikkje kjenner seg igjen (Berentsen, 2008, s. 360).

2.5 Personsentrert sjukepleie til personen med demens

Helse- og omsorgstenester skal etablere gode rutinar for personsentrert omsorg og behandling for personar med demens (Helsedirektoratet, 2019). Personsentrert sjukepleie tar utgangspunkt i individet, i verdiar, livssituasjon, behov og helseutfordringar. Denne tenkinga framhevar behova vi menneske legg på blant anna trøyst, identitet, tilknyting og inkludering. I sjukepleie utøving til pasientar med demens er denne tenkinga viktig for at man i mindre grad fokuserer på sjølve sjukdommen, men individet bak (Eriksen, 2015, s.899).

I forbindelse med personsentrert omsorg blir ofte miljøbehandling assosiert. Det inneberer ulike aktivitetar, både individuelt og i grupper (Rokstad, 2012). Miljøbehandling omhandla både fysiske og psykiske rammer.

Det er vanleg at personar med demens endrar personlegheit og vanar. Den kognitive svekkelsen kan vera med å redusere evna til å ivareta ADL funksjonen (Lerdal & Grov, 2015, s. 824). For at personar med demens kan delta i ADL kan dei delta i psykososiale tilbod, gjerne sansestimulerande aktivitetar sidan slike tiltak har vist seg å ha god innvending på livskvalitet og velvære (Lerdal & Grov, 2015, s. 824). Fysisk aktivitet har fordeler i forhold til å oppretthalde mobilitet, styrke moglegheitene til å vera uavhengig, redusere fallsrisiko og generelt mindre sjukelegheit. Fysisk aktivitet kan bidra til å betra kognitiv funksjon og betre humør (Lerdal & Grov, 2015, s. 829).

3.0 Metode

I dette kapittelet vil metode som omgrep først bli presentert. Deretter vil det kome ei forklaring på kva litteraturstudie er, som er metoden som blir brukt i denne oppgåva. Vidare vil det bli lagt fram korleis søkeprosessen har gått føre seg før det slutt i kapittelet blir vist til metodekritikk.

3.1 Metode

Metode er den systematiske framgangsmåten som vert nytta for å samla informasjon og kunnskap for å belyse ei problemstilling (Thidemann, 2019, s. 74). Det kan sjåast som eit slags reiskap for å løyse problemstillinga eller å finne svar på dei spørsmåla ein har. Metoden skal hjelpe oss med å finne ut korleis vi bør gå fram for å tileigne oss nødvendig kunnskap og data (Dalland, 2012, s. 111-112). Grunninga for kva metode vi vel er at den kan gi oss nødvendig data som kan belyse spørsmåla til problemstillinga på ein fagleg interessant måte (Dalland, 2012, s. 111).

3.2 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie er metoden som er blitt nytta i denne oppgåva. Litteraturstudie systematiserer kunnskap frå skriftlege kjelder (Thidemann, 2019, s. 77). Kjeldene kan vera forskingsartiklar, faglitteratur, lovar og forskrifter. Etter ein har samla inn aktuell litteratur må ein vurdere denne med kritiske auger. Hensikta med denne type studie er å gi lesaren ein oppdatert og god forståing av kunnskapen på det området som problemstillinga etterspør, samt å kunne beskrive korleis ein har kome fram til denne kunnskapen og konklusjonen (Thidemann, 2019, s. 77- 78).

3.3 Søkeprosessen

Tidleg etter slutninga for temaet på bachelor oppgåva vart tatt blei det utført manuelle søk for å få ei peikepinn på aktuell forskning rundt temaet. Akkurat som forventa var det mykje forskning å finne rundt temaet. Då søkeprosessen starta for alvor i Mars 2022 starta prosessen med å finne gode søkjeord som kunne brukast i dei aktuelle databasane. Verktøyet PICO

skjema vart nytta som hjelpemiddel. PICO er eit verktøy som skal hjelpa med å halde problemstillinga konkret og søkja presise, det er ei forkorting for element som man ofte vil ha med i søkja. **P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison og **O**utcome står dei fire bokstavane for (Thidemann, 2019, s. 83). Ordet Comparison som står for O`en i PICO er blitt utelukka i oppgåva, då det ikkje har er tatt høgde for samanlikningar i oppgåva.

På tross av tidlege manuelle søk i forkant av oppstart på oppgåva blei det vanskeleg å finne nøyaktig det som var ønska. Via systematiske søk gav funna for det meste eit stort antal av systematiske oversikter og metaanalyser. Hovudsakleg var det ønskeleg å bruke mest mogleg primærstudiar i oppgåva. Det blei utført fleire systematiske søk i databasane CINAHL og SveMed+ utan å finne noko særleg meir enn systematiske oversikter av det som var aktuelt å ha med i besvarelsen av oppgåva. Det blei etter kvart konkludert med at det var nødvendig med ei ny runde med manuelle søk. Prosessen med manuelle søk blei då utført i PsycINFO, Google Scholar og referanselistene til dei systematiske oversiktsartiklane som allereie var valt ut til oppgåva. I Google Scholar blei det søkt på namnet til dei utvalde systematiske oversiktsartiklane. Ved å trykkje på funksjonen «sitert av» kom det då opp forskingar som har nytta denne forskinga som vart søkt på i sin studie. Det blei valt ut tre forskingar til oppgåva ved å søke via Google Scholar.

3.3.1 Søk i databasar

CINAHL, SveMed+, PsycINFO, Sykepleien forskning og Google Scholar er databasar som er blitt brukt i søkeprosessen. CINAHL som var den første databasen som blei brukt blei det nytta engelske ord for eit breiare søk. Kombinasjonsorda «OR» og «AND» blei brukt, samt avgrensingar til ein maksimum alder på ti år. Søkjeord, søkjekombinasjonen samt avgrensingar førte til ei overkommeleg mengde med artiklar. 31 artiklar gjorde det mogleg å gå gjennom alle overskrifter og eit fleirtal av samandraga. Det var fleire forskingsartiklar som var aktuelle og ønskelege å bruke i oppgåva etter første søk. Under prosessen har desse likevel blitt valt vekk til fordel for andre artiklar. Sjå tabell 2 for søkjeord og søkjekombinasjonar.

Tabell 2: Søkjetabell frå CINAHL

Søk i CINAL den 01.03.2022			
Nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat
S1	Dementia OR Frontotemperal Dementia OR Dementia Vascular OR Lewy Body Disease OR Dementia, Senile OR Dementia pasients		96 923
S2	Depression OR Geriatric Depression scale		189 822
S3	Anxiety		113 733
S4	Quality of life OR life style OR life quality		378 225
S5	Nurses OR Practical Nurse		
S6	Emotions		177 291
S7	S1 AND S4		4116
S8	S2 OR S3 OR S6		592 421
S9	S7 AND S8 AND S5	Peer Reviewed Evidence- Based Practice 2012:2022	31

Etter nytt søk i CINAHL den 09.03.2022 blei det valt ut to forskingsartiklar som vart nytta i oppgåva. Forskingane heiter “*Effectiveness of reminiscence therapy in reducing agitation and depression and improving quality of life and cognition in long-term care residents with dementia*”, og “*The effect and importance of physical activity on behavioural and psychological symptoms in people with dementia*”. Begge artiklane er systematiske oversiktsartiklar, men svært relevante for å svare på problemstillinga. Forskingane baserer på tiltak som kan bidra til å betre livskvalitet hjå pasientar med demens ved hjelp av psykologisk og fysisk aktivitet. Sjå tabell 3 for søkeord og kombinasjonar.

Tabell 3: Søkjetabell frå CINAHL

Søk i CINAHL den 09.03.2022			
S1	Dementia OR Frontotemporal Dementia OR Dementia Vascular OR Lewy Body Disease OR Dementia, Senile OR Dementia pasients		97 035
S2	Depression OR Geriatric depression Scale		190 055
S3	Anxiety		113 733
S4	Quality of life OR Health and life Quality OR Psychological Well-being		247 830
S5	Nursing home Personell OR Nursing		736 830
S6	Patients OR Nursing home patients		1 786 925
S7	Emotions		165 620
S8	S1 AND S4		6707
S9	S2 OR S3 OR S7		345 484

S10	S5 OR S6		2,367,987
S11	S8 AND S9 AND S10	Peer – reviewed Evidence – Based Practice Publisert mellom 2012 – 2022	110

I SveMed+ blei det brukt Norske søkeord, skriven på bokmål. Gjennom desse søka blei det funnen ein forsking som var relevant for oppgåva å nytta. Denne forskinga var publisert på Sykepleien Forsking. Ettersom det var få treff å få i denne databasen med gjeldene søkeord og kombinasjonar blei det ikkje nytta avgrensingar. Forskinga er relevant for å besvare problemstillinga. Blant anna blir det belyst fleire gode verktøy som kan vera med å vurdere kvaliteten på livet til pasienten med demens. Sjå tabell 4 for søkeord, kombinasjonar og funn.

Tabell 4: Søkjetabell frå SveMed+

Søk i Svemed+ 03.03.2022			
Nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat
S1	Demens		791
S2	Depresjon OR Angst		1080
S3	Livskvalitet		1701
S4	S1 AND S3		18
S5	S1 AND S3 AND S2		1

3.3.2 Manuelle søk

Ettersom prosessen med systematiske søk gav mange treff på systematiske oversiktsstudiar og metaanalyser blei det utført manuelle søk i tillegg. Dei manuelle søka blei utført i PsycINFO, Google Scholar og referanselistene til dei tre forskingane som allereie var valt ut til oppgåva. I all hovudsak var det primærstudier som blei sett etter ved dei manuelle søka.

Gjennom Google Scholar blei det søkt på titlane på dei utvalde systematiske oversiktsartikane.. Ved å trykke på funksjonen «sitert av» dukka det då opp mange forskingar som hadde nemnt desse forskingane i sin studie. På denne måten dukka det opp mange liknande forskingar med same tema og som var svært relevante å bruke i oppgåva. Gjennom Google Scholar fann eg tre primærforskingar som er blitt brukt for å svare på problemstillinga i oppgåva. Desse tre forskingane heiter: «*A quality study on becoming cared for in Alzheimer`s disease: the effects to women`s sense of identity*», “*The experience of attending a farm-based day care service from the perspective of people with dementia*” & “*Subjective quality of life of those 65 years and older experiencing dementia*”.

3.4 Metodekritikk/Kjeldekritikk

Denne oppgåva er basert på litteraturstudie med kvalitativ eller kvantitativ metode. I all hovudsak var det primærforskingar som var ønska å nytta i oppgåva. Likevel har eg valt å bruke to systematiske oversiktsartiklar/metaanalyser i oppgåva i tillegg til dei fire primærforskingane som er nytta. Grunnen for at systematiske oversiktsartiklar er blitt inkludert i oppgåva på tross av at desse er sekundærkjelder er at innhaldet i desse blei vurdert til å vera veldig relevante for å svare på problemstillinga. Via systematiske oversikter får ein fleire studiar samla i ein og dermed innsikt i mykje.

I stor grad er det prøvd å fokusere på å ekskludere forskning som er eldre enn ti år i oppgåva. Det er likevel blitt tatt med ei forskning som er elleve år, altså eitt år eldre enn ønskeleg. Denne blei likevel tatt med då den er vurdert til å vera lika relevant framleis. I oppgåva er det blitt brukt sjekklister som er henta frå Helsebiblioteket sine sider. Sjekklistene er brukt som hjelpemiddel for å vurdere forskingane. Det er brukt sjekklister for kvalitativ, kvantitativ og systematisk review forskning. PICO skjema er brukt som verktøy for å systematiserer søka.

3.4.1 Kritisk vurdering av forskingsartiklar, litteratur og eiga oppgåve

Pensumboka *Geriatrisk sjukepleie* av Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff (2008) har kome med fleire nye utgåver etter den som er blitt brukt i denne oppgåva. Av den grunn er det mogleg at det er ny relevant kunnskap i nyare utgåve som eg ikkje har fått med meg. Eg har likevel valt å bruke denne boka då eg reknar utvalt pensum som relevant og tidlaust. Kristoffersen et al. (2016) har og kome med nye utgåver av *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring, Bind 3* og *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie- fag og funksjon, Bind 1* som begge er anvendt i oppgåva.

I den grad det var mogleg er det forsøkt å ekskludere forskning som var eldre enn ti år. Likevel er det tatt med ein forskingsartikkel som er elleve år. Forskinga heite *Livskvalitet, depressive symptom og funksjonssvikt hos personar med demens* og er skriven av Mjørud, M., Engedal, K. & Ytrehus, S. (2011). Då forskninga berre er eitt år eldre enn ønska, gjekk relevansen og innhaldet i artikkel framfor alder.

I oppgåva er det blitt brukt to systematiske oversiktsartiklar. Systematiske oversiktartiklar er sekundærkjelder ettersom dei inneheld fleire artiklar som primærkjelder (Helsebiblioteket, 2016). Dei systematiske oversiktsartiklane som er med i gjennomgangen har ein klar tittel, klart formål og god søkestrategi som gir tillit til at dette er gode systematiske oversiktartiklar som kan brukast. Andre aktuelle forskingar som kunne vore relevante for å svare på problemstillinga kan ha blitt oversett ved at det kun er blitt lest overskrifter, samt nokre samandrag.

Under søkeprosessen er det store mengder forskingar som er blitt vurdert og gjennomgått. Søka i databasen CINAHL gav mange treff. Søkeorda måtte kombinerast og spissast inn mot problemstillinga for å få søket meir relevant og for å få ei overkommeleg mengde med artiklar å gå gjennom. SveMed+ gav ikkje like mange treff, og difor var det ikkje nødvendig med avgrensingar på same måte. For å vurdere dei utvalde forskingane er det brukt sjekklister frå helsebiblioteket.

Ved mangel på å få tak i primærkjelde når det kom til Joyce Travelbee og sjukepleieteoretisk perspektiv er det brukt sekundærkjelde til det meste av teorien. Noko av litteraturen er frå primærkjelda, men det meste er frå Kristoffersen et al. (2016) *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring, Bind 3*.

3.5 Etiske vurderingar

I stor grad handlar etikk om normer som hjelper oss med å ta riktige val i livet (Dalland, 2012, s. 96). I oppgåveskriving vil det seia at ein skaffar seg gode grunnlag før ein tar eit val.

Forskingsetikk baserer i stor grad på planlegging, gjennomføring og rapportering av forsking, i tillegg til å sørge for å ivareta personvern og sikre truverdighet av forskingsresultata (Dalland, 2012, s. 96). Litteraturstudiar må vera godkjende av ein etisk komité, og skal ikkje framstå som plagiat (Dalland, 2012, s. 80). Plagiat tyder at man har utgitt andre sitt arbeid for sitt eige (Dalland, 2012, s. 80). Alle forskingsartiklane som er brukt i oppgåva er godkjende av etiske komitear.

Ved referering og kjeldehenvisning føl oppgåva APA7th standarden som er henta frå biblioteket på Høgskulen på Vestlandet (HVL) sine sider. Dersom det i oppgåva blir nemnd egne erfaringar eller eksempel frå praksis vil dette bli heilt anonymisert. Ved bruk av pensum, forsking eller anna litteratur som ikkje er egne ord vil eg alltid vera oppriktig og skrive kjeldehenvisning.

Diktet «Dement» som er brukt innleiingsvis er med tillatelse av forfattar.

4.0 Resultat

I dette kapittelet vil det bli presentert korte og presise samandrag av dei seks forskingsartiklane som er anvendt i oppgåva. I tillegg vil det i eit felles avsnitt bli beskriven kva relevans forskingane har for å svare på problemstillinga i oppgåva.

4.1 Presentasjon av forskingsartiklar

Forskingsartikkel nr. 1.

«Effectiveness of reminiscence therapy in reducing agitation and depression and improving quality of life and cognition in long-term care residents with dementia»

(Thomas, Sezgin, & Lecturer, 2021).

Studia er basert på ei systematisk oversikt – og metaanalyse. Målet var å analysere effekt som minnearbeid har på depresjon og livskvalitet hjå personar med demens. Fem tilfeldig kontrollerte undersøkingar med 267 deltakarar blei inkludert. Det var krav om at deltakarane måtte vera busett i langtidsinstitusjonar med klinisk diagnose av demens, elles var det ingen restriksjonar på alder, kjønn eller rase. Gjennomgangen viste betydeleg forbetring i reduksjon av depresjon, samt ei aukeing av livskvalitet til pasientar med mild til moderat grad av demens. Sidan det å bu på institusjon ikkje er førstevallet til dei fleste menneske er det godt at dei fleste langtidsinstitusjon har eit bredt spekter av psykososiale aktivitetar.

Depresjon som vevarar hjå pasientar med demens kan blant anna føre til redusert livskvalitet og redusert ADL. Ikkje- farmalogiske intervensjonar bør alltid prøvast ut først for å behandle ikkje kognitive symptom hjå pasientar med demens, sidan antipsykotika kan forårsake betydelege bivirkningar. Parker et al. (2019) hevder at minnearbeid har ei positiv effekt på depresjon og at det er eit betre alternativ til antipsykotika.

Studia rapporterer om at minnearbeid aukar motivasjonsstyrka til personar med demens, utviklar ferdigheiter, styrkjer sjølvbilete og gir dermed ei positiv haldning til livet. Minnearbeid er ein god moglegheit for helsepersonell til å bli kjend med pasienten utover demensdiagnosen. Dette kan gjera det lettare å forstå og handtere utfordrande åtferd. Ansikt til ansikt samtalar, individuelle aktivitetar, gruppeaktivitet og bruk av livshistoriebøker er

vanlege måtar å drive med minnearbeid på. Livshistoriebøker er høgt verdsett hjå pasientar med demens, og stimulerer til aktiv samtale. Det er nødvendig at helsepersonell får tilstrekkeleg opplæring før implementering av minnearbeid. Det er viktig å forstå viktigheita av å anvende livshistorier for å byggje støttande forhold til personar med demens. Oppretting av livshistoriebøker støtter personsentrert omsorg og kan forbetra forholdet mellom sjukepleiar og pasient.

Forskningsartikkel nr. 2

“The effect and importance of physical activity on behavioural and psychological symptoms in people with dementia”

(Junge, Ahler, Knudsen & Kristensen, 2020)

Dette er ei systematisk gjennomgang av blanda studiar med bruk av både kvantitative og kvalitative metodar. Formålet med forskinga var å finne ut kva betydning fysisk aktivitet har på åtferdsmessige og psykiske symptom hjå personar med demens.

Den totale oppsummeringa frå alle dei inkluderte studiane viste at fysisk aktivitet blir beskriven som å vera sosialt givande ved aktivitet i grupper. Det gir ei kjensle av tilhørigheit og gruppeidentitet ved å vera saman med andre jamaldrande i liknande situasjon som ein sjølv. Studien viser at nytta med fysisk aktivitet kan gagne både åtferdsmessige og psykiske symptom på demens. Friluftsliv og fysisk aktivitet ser ut til å vera avgjerande for følelsar av glede, lykke og velvære, i tillegg til å oppretthalde sjølvbilete til personar med demens, samt flytte fokuset vekk frå diagnosen. Det viser seg og ei lita reduksjon i depresjonsfølelse blant deltakarane. Nokre av deltakarane beskriv det å vera fysisk aktiv som nytelse, viktigheita med å få vera utandørs, betre humør, betre søvn, sosialt givande og ei kjensle av velvære. Ikkje minst er fysisk aktivitet ei enkel, ofte kostnadsfri aktivitet. Sidan engasjementet til setje i gang aktivitetar ofte er låg hjå pasientar med demens er det viktig at helsepersonell inviterer pasientane til å bli med i aktivitetsplanlegginga. Helsepersonell må gi nødvendig hjelp, ressursar og eventuelt transport.

Ein av deltakarane i studien beskriv det å få vera fysisk aktiv i ei gruppe med at ein ikkje føler seg så «rar». Grunninga for uttalelsen var at nokre gongar kan ein føle seg litt aleine med ei Alzheimers diagnose.

Forskingsartikkel nr. 3.

“Livskvalitet, depressive symptom og funksjonssvikt hos personer med demens”

(Mjørud, Engedal & Ytrehus, 2011).

Hensikta med studien var å undersøke om det var samanheng mellom livskvalitet, depressive symptom, funksjonssvikt og grad av demens. Opplysningane i studia er henta frå primærskjepleiarar for totalt 223 pasientar frå ti ulike sjukeheimar. I tillegg til intervju med primærskjepleiarane blei det brukt ei rekke verktøy for å måle livskvalitet. Verktøy som er inkludert i studien er Quality of life in late stage dementia scale (QUALID), symptom på depresjon med Cornell skala, funksjonsevna med Lawtons ADL skala og Grad av demens med klinisk demensvurdering.

Det er mange ulike faktorar som påverka livskvalitet hjå personar med demens. Utover i sjukdommen får pasientar med demens problem med å uttrykkje tankar og følelsar, samt at hukommelsen blir redusert. Utover i sjukdommen får pasientane problem med å uttrykkje tankar og følelsar, og hukommelsen svekkast. Dette reduserer pasientens eigen moglegheit til å beskrive korleis livet opplevast. Difor er det viktig at dei som arbeidar med pasientar med demens på institusjon har kompetanse om kva som påverkar livskvalitet til denne pasientgruppa. Mange symptom som kan oppfattast som symptom på demens kan vera uttrykk på depressiv liding og må møtast som det. Sjukepleiarar må difor vera oppmerksame på vanlege depressive symptom slik at pasienten kan få rett behandling.

Depressive symptom som angst, irritabilitet, aggitasjon, manglande glede og motivasjon til å delta i aktivitetar er hyppig førekomande hjå personar med demens. Typiske symptom som håplausheit og skyldfølelse er mindre til stades og kan skyldast at pasientar med demens har problem med abstrakt tenking, hukommelse og språkforståing. Særleg frå moderat til alvorleg grad. På grunn av dette er det vanskeleg å vurdere livskvalitet hjå denne gruppa.

Forskningsartikkel nr. 4.

Subjective quality of life of those 65 years and older experiencing dementia

(Stewart- Archer, Afghani, Toye & Gomez, 2015).

Dette er ein kvalitativ studie med føremål om å kartlegge personar med demens sin livskvalitet og korleis den kan forbetrast. Studien er basert på intervju med personar med demens. Dei fleste intervju blei gjennomført på 45 minutt til ein time. Nokre intervju strekte seg over tre timar kor det var mimring tilbake i tid. Dette var etter pasientanes eige ønske. Det var fleire tilfelle der det blei tårevåte møter ved mimring rundt avdøde ektefelle, drøymmer, heimplass og mimring om barndom.

Faktorar som påverkar livskvalitet hjå personar med demens er varierte og komplekse og det er avgjerande å setja i verk tiltak, noko som viser viktigeita av å inkludere denne gruppa i større grad i forskning. Det å ha grunnleggande behov oppfylt vil alltid bidra til å fremje følelsar av velvære og omsorg. Fysisk helse og mobilitet var avgjerande for at deltakarane skulle oppretthalde ein følelse av sjølvstendig liv Deltakarane som var med i studien karakteriserte livskvalitet med å ha friheit, vera uavhengig, få oppfylt grunnleggande behov, god fysisk helse, ro og engasjement i meningsfulle aktivitetar. Tilpassing til den nye - livssituasjon var ein viktig kjelde til stress, tap og usikkerheit som kunne føre til endringar i humør. Depresjon, angst og andre emosjonelle problema påverkar ofte livskvalitet negativt og depresjon blir ofte oversett ved demens.

Personalkompetanse var ein av hovudfaktorane som kunne forbetre livskvalitet. Mange av deltakarane i studien hadde sjølv jobba i helsevesenet og synt til å snakka kunnskapsrikt når det kom til kva dei trengte av omsorg frå helsepersonell.

Forskningsartikkel nr. 5.

A qualitative study on becoming cared for in Alzheimer`s disease: the effects to women`s sense of identity

(Borley & Hardy, 2016).

Dette er ei kvalitativ studie som er basert på kvinner med Alzheimers diagnose. Åtte kvinner med mild til moderat grad av Alzheimers sjukdom blei intervjuet i Northamptonshire i England. To semistrukturerte intervju per deltakar blei undersøkt ved hjelp av ei tolkande fenomenologisk analyse. Målet var å utforske kvinners oppleving av å bli ivaretatt ved ei demens diagnose, og kva verknad dette hadde på deira identitet og sjølvfølelse.

Globalt er demens kjend som ei sjukdom som legg ekstremt økonomisk press i alle land. Av den grunn er det viktig å hjelpa pasientane til å leva med sjukdomar og sørgje for god støtte for ein betre livskvalitet. Studia viste at kvinners identitet vart påverka av det auka behovet for hjelp med ADL. Nokon følte at dei mista sin identitet som kvinne grunna manglande evne til å utføre ADL. Andre følte seg utelat frå familie, medan andre følte seg fanga. ADL oppgåver som det dreidde seg mest om var husarbeid, handling og matlaging. Andre kvinner var i motsett ende av spekteret og utrykte ei kjensle av aksept og tilfredstillelse, optimisme og håp med å bli ivaretatt. Det er viktig å tenke på at kvinner og menn har ulik bakgrunn og ulike livsløp som må anerkjennast. Som helsepersonell må man unngå ei «one size fits all» tilnærming ved forståing av omsorg. Når sjukepleiarar skal vurderer omsorgsbehova til den enkelte er det viktig å forstå dei kraftige innflytelsane omsorgspersonell kan ha på ikkje berre kvinner, men personar generelt.

Forskingsartikkel nr. 6

The experience of attending a farm-based day care service from the perspective of people with dementia

(Ibsen & Eriksen, 2020).

Studia tar for seg Gardsbasert dagtilbod for personar med demens. Studien har eit kvalitativt og beskrivande design. Det er brukt individuelle intervju til å samla inn data. Intervjua var dialogiske og vegleia av ein semistrukturert intervjuguide. Spørsmåla som blei stilt under intervjua forsøkte å samle inn informasjon om opplevinga av å delta på Gardsbasert dagtilbod. I tillegg ynskte dei å få fram kunnskap om samhandlingane deltakarane hadde og aktivitetane dei deltok i på garden.

Funna viste at denne form for dagtilbod i stor grad har tilrettelagd for personsentrert omsorg. Personar med demens har ulike behov, og for å kunne møte desse er det viktig å ha variasjon i tenester og dagtilboda for å skreddarsy det til den enkelte. Gardsbasert dagtilbod skiljar seg frå vanlege dagtilbod ved å bruke aktivitetar og ressursar i miljøet på ein gard for å fremja mental og fysisk helse. Gardsbasert teneste må sjåast som eit viktig supplement til vanlege dagtilbod for pasientar som har nytte av ei meir aktiv teneste. Målet med dagtilbodet er å skape rom for sosiale interaksjonar og gode relasjonar med andre i same situasjon, gi meiningsfulle aktivitetar i eit trygt og naturleg miljø og bidra til å betra livskvalitet hjå personar med demens. Gardsbasert dagtilbod eignar seg for personar både med og utan gardserfaring. Pasientane får bruka sine gjenværande ressursar og tilbringa tid utandørs. Opplevingane deltakarane sit igjen med er at naturen gir ei kjensle av glede, avslapping, friheit og kondisjon. For andre var det dyra som var det viktigaste. Mange pasientar med demens trekkjer seg frå sosiale situasjonar eller føler seg kopla frå sine relasjonar. Det er kvar enkelt kommune som har det økonomiske ansvaret for å gi dagtilbod til sine innbyggjarar.

4.2 Samla funn av resultat

To av dei seks forskingsartiklane som er nytta i oppgåva er systematiske oversiktsartiklar. Resten er kvalitative og kvantitative forskingar av primærstudier. Alle forskingane er svært ulike, men alle har som mål å finne ut kva som hemmar og fremjar livskvalitet hjå personar med demens.

Minnearbeid har vist seg og ha positiv effekt på livskvalitet (Thomas et al., 2021). I tillegg ser minnearbeid ut til å ha effekt på å redusere depresjons kjensla hos pasientar med demens. Mjørud et al. (2011) minnar i sin studie på at sjukepleiarar må vera oppmerksame på depressive symptom slik at pasientane får rett behandling. Mange depressive symptom kan oppfattast som uttrykk for demensdiagnosen og kan lett bli oversett. Junge et al. (2018) og Stewart- Archer (2015) legg begge vekt på fysisk aktivitet som ei positiv kjelde til å betra livskvalitet hos pasientar med demens. Deltakarane i Ibsen & Eriksen (2020) sin studie opplev gode opplevingar ved å få bruke sine ressursar på gardsbasert dagtilbod.

Det som kan hemme livskvalitet er i følgje Mjørud et al. (2011) depresjonssymptom og funksjonsnivå. Deltakarane i studien til Borley & Hardy (2016) opplev å miste identitet når ADL funksjonen sviktar og andre må overta oppgåver som før var ein sjølvfølgje å utføre sjølv.

5.0 Drøfting

I dette kapittelet blir problemstillinga «*Korleis kan sjukepleiarar bidra til å betra livskvalitet hjå pasientar med demens?*» drøfta opp mot funn av teori og forskning.

5.1 Gode rammer og sosial støtte

Demens er kjend som ei sjukdom som legg ekstremt økonomisk press i alle land (Borley & Hardy, 2016) og er ei av dei største globale utfordringane verda står ovanfor. I følgje Folkehelseinstituttet (2021) er det om lag 101 000 personar med demens i Norge, og i følgje Verdas helseorganisasjon (WHO) er det på verdsbasis heile 55 millionar menneske med diagnosen (Sykepleien, 2021). Ibsen og Eriksen (2020) hevder at mange pasientar med demens trekkjer seg frå sosiale situasjonar eller føler seg kopla frå sine relasjonar. Frykta, byrda, skamma og tabu rundt demensdiagnosen gjer at sjukdommen blir vanskeleg for pasienten å leve med. Nettopp av den grunn blir mange med demens ofte isolert heime (Fredriksen, 2018, s. 40). Stewart – Archer et al (2015) vektlegg at tilpassinga til den nye livssituasjonen er ei viktig kjelde til stress, tap og usikkerheit. Sjukepleiaren må av den grunn arbeide i tråd med Travelbee sin sjukepleieteori og nytta sin fagkunnskap og sin innsikt til å hjelpa den sjuke og lidande pasienten (Kristoffersen, 2016, s. 35).

Demens er ei stor påkjenning og utfordring for personen som blir ramma. Stewart – Archer et al. (2015) påpeikar at depresjon og angst ofte påverkar livskvaliteten til pasientar med demens i negativ retning. Mjørud et al. (2011) støttar seg til Stewart – Archer et al. (2015) sine funn om at depresjon og angst påverkar livskvaliteten til pasientar med demens. I tillegg til depressive symptom nemner Mjørud et al.(2011) at manglande glede og motivasjon til å delta i aktivitetar er hyppig førekomande hjå personar med demens. Depresjon blir karakterisert som ein sinnstilstand med tristheit, hjelpelausheit og motlausheit. Pasientar med mild til moderat grad av demens er utsett for depresjon (Berentsen, 2008, s. 359). Som nemnt innleiingsvis kan demens vera ekstremt vondt for den demenssjuke. Dagleg kjenner den demenssjuke på problem med å forstå, gjere seg forstått, ikkje gjenkjenne vener og familie, samtidig som ein føler seg som ei byrde for dei rundt. Samtidig befinn pasienten seg ofte på institusjonar der dei ikkje kjenner seg att (Berentsen, 2008, s. 360). Borley & Hardy (2016) legg vekt på at det er viktig å hjelpa pasientane til å leva med sjukdommen og sørgje for

tilstrekkeleg støtte for å bidra til å betra livskvaliteten deira. Helse- og omsorgsdepartementet (2020) uttrykkjer i tillegg at det er behov for meir kunnskap om kva eit demensvennleg samfunn er og bør vera. Som sjukepleiarar er det viktig å hjelpe pasienten til å ha det så godt som mogleg på tross av deira begrensingar, og på tross av at det ikkje er mogleg med helbreding av sjukdommen (Rustøen, 2016, s. 80). Mjørud et al. (2011) påpeikar at det mange faktorar som påverkar livskvalitet hjå personar med demens. Utover i sjukdommen får pasientane problem med å uttrykkje tankar og følelsar, samt redusert hukommelse. Det er difor viktig at sjukepleiarar som arbeidar med demens på institusjon har kompetanse om kva som påverkar livskvalitet. Alderdom i seg sjølv inneberer for dei fleste at ein må tilpassa seg negative hendingar som redusert helse og tap av nære personar. Mange med demens opplev det eine tapet etter det andre og manglar i tillegg oversikt over eigen situasjon (Berentsen, 2008, s. 360). Når ein opplev slike hendingar gjeld det å finne ut korleis ein kan gå gjennom det utan å føle at ein mister kvalitet på livet – finne nye måtar som framleis gjer livet verdt å leve (Thorsen, 2008, s. 66). Gammersvik (2018, s. 15) vektlegg at alle pasientar kan hjelpast til auka oppleving av mening, velvære og livskvalitet.

I følgje Folkehelseinstituttet (2015) viser forskning at sosial støtte og sosial deltaking har ei gunstig effekt på psykisk helse, meistring og livskvalitet. Meistring er nær knytt til stressituasjonar og handlar i stor grad om korleis ein møter problem, stress og belastningar (Lode, 2016, s. 40). I den forbindelse må sjukepleiarar hjelpa pasienten til å kjenna på meistring. Det kan til dømes vera at pasienten får tilrettelagt for å sjølv utføre ADL som pasienten vanlegvis ville gjort om hen var frisk. Fokuset til sjukepleiarar må vera på å lage gode rammer for å bidra til å betra livskvalitet hjå denne pasientgruppa.

5.2 Fysiske og Psykologiske tiltak for å betra livskvalitet hjå pasientar med demens

Faktorar som påverkar livskvalitet hjå personar med demens er varierte og komplekse, og det er heilt avgjerande å setja i verk tiltak (Stewart – Archer et al, 2015). Fysisk helse og mobilitet var avgjerande for at deltakarane i studien til Stewart – Archer et al (2015) skulle oppretthalde ei kjensle av sjølvstendig liv. Deltakarane karakteriserte livskvalitet med friheit, uavhengigheit, få dekkja grunnleggjande behov, god fysisk helse, ro og engasjement i meningsfulle aktivitetar. På lik linje med Stewart – Archer et al (2015) trekkjer og Mjørud et al. (2012) fram at funksjonsevna spelar ei betydningsfull rolle for livskvaliteten til pasientar

med demens. I tillegg til at funksjonsevna påverkar livskvalitet legg Mjørud et al (2011) til at tilpassingsevne, personlegheit, innsikt i eigen livssituasjon, nære relasjonar og tidlegare meistringssituasjonar spelar ei viktig rolle for livskvaliteten. Dagleg får demenssjuke pasientar kjenne på eigen kognitive svekkelse (Fredriksen, 2018, s. 39). Kognitiv svekkelse kan i tillegg vera med å bidra til å redusere ADL funksjonen til pasientar i følgje Lerdal & Grov (2015, s. 824). Erfaringsmessig når pasientar føler at dei mister seg sjølv er at det ofte blir vanskeleg å delta på aktivitetar fordi ein føler at ein «ikkje kan» eller har noko å bidra med.

Ibsen & Eriksen (2020) belyser i sin studie at personar med demens har ulike behov og at det av den grunn er viktig å møte desse ved å ha variasjon i teneste. Personsentrert omsorg er ei viktig tenking i utøving av sjukepleie. Personsentrert omsorg tar utgangspunkt i individet, verdiar, livssituasjon, behov og helseutfordringar (Eriksen, 2015, s. 899). For at pasientar med demens skal kunne oppretthalde ADL funksjonen kan sjukepleiarar leggje til rette for at dei kan delta i psykologiske, gjerne sansestimulerande aktivitetar som viser seg å ha god innvending på livskvalitet og velvære (Lerdal & Grov, 2015, s. 824). Thomas et al. (2021) påpeikar at dei aller fleste langtidsinstitusjonar har eit breitt spekter av psykososiale aktivitetar for å betra trivselen til pasientane. Ibsen & Eriksen (2020) belyser om at gardsbasert dagtilbod er eit nyttig supplement til vanlege dagtilbod. Denne type dagtilbod nyttar aktivitetar og ressursar i miljøet på ein gard for å fremja mental og fysisk helse. For det første skal tilbodet leggja tiltrette for personsentrert omsorg og er viktig for pasientar som har nytte av ei meir aktiv teneste (Ibsen & Eriksen, 2020). For det andre får pasientar som deltar på slike tilbod bruka sine gjenværande ressursar, i tillegg til at dei får tilbringa tid utandørs. Junge et al. (2020) støttar at det å vera utandørs blir beskriven som ei nyttig detalj for å auka livskvalitet hjå personar med demens. Sjølv om Gardsbaserte dagtilbod må sjåast som eit viktig supplement til andre dagtilbod er det viktig at sjukepleiarar tar vurderingar på kva pasientar som er aktuelle for å delta på slike tilbod. Erfaringsmessig kan det hjå nokre pasientar skape angst og uro når dei er på ukjende plassar med mykje liv og røre rundt. På ein annan side er det eit fantastisk tilbod for dei pasientane tilbodet eignar seg for. Pasientar som har nytte av slike dagtilbod blomstrar etter å ha vore saman med dyr i eit levande og fritt miljø, i tillegg stimulerer det til samtale både med personellet og andre bebuarar på institusjonen når dei kjem att etter ein slik dag.

Borley & Hardy (2016) fokuserer i sin studie på kvinner med Alzheimers diagnose. Kvinnene

i studia rapporterer om ei kjensle av å ha mista eigen identitet når ADL funksjonen sviktar og andre må ta over oppgåver som matlaging, husarbeid og handling. Kanskje hadde desse kvinnene eigna seg for Gardsbasert tilbod som nemnt i studien til Ibsen & Eriksen (2020)? Kanskje kunne kvinnene igjen fått kjend på å bruke sine ressursar? Deltakarane i studia til Ibsen & Eriksen (2020) rapporterer om å kjensler som glede, avslapping, friheit og kondisjon.

Kvar kommune har det økonomisk ansvaret for å gi dagtilbod til sine innbyggjarar (Ibsen & Eriksen, 2020). Ibsen og Eriksen (2020) løftar og fram at dagtilbod har som mål å skape rom for sosiale interaksjonar, gi meningsfulle aktivitetar i eit trygt miljø og forbetre livskvaliteten til personar med demens. I fleire av dei andre studiane blir det nemnt at fysisk aktivitet og gruppeaktivitetar betrar livskvaliteten. Oppsummeringa frå deltakarane i studien til Junge et al. (2020) skriv at dei opplev sosiale belønningar med det å få vera fysisk aktive som ei gruppe, det er sosialt givande og gir ei kjensle av gruppeidentitet ved å vera saman med jamaldrande i liknande situasjonar. Deltakarane i studien til Junge et al (2020) beskriv fysisk aktivitet som nytelse, viktigheita med å få vera utandørs, betre humør, betre søvn, sosialt givande, betre sjølvtilitt, reduksjon i depresjonsfølelse og ei kjensle av velvære. I tillegg bidrar fysisk aktivitet til å flytte fokuset vekk frå diagnosen (Junge et al., 2020). Lerdal & Grov (2015, s. 829) støtter forskinga og skriv at det dokumenterast at regelmessig fysisk aktivitet kan bidra til betre kognitiv funksjon og betre humør. Junge et al (2020) skriv og at fysisk aktivitet ser ut til å betre sjølvtilitta. Ikkje minst er det ei enkel og kostnadsfri aktivitet (Junge et al, 2020).

I studia til Stewart- Archer et al (2015) blei det tårevåte møter med mimring rundt avdøde ektefelle, drøymar, heimlass og mimring om barndommen. Studia er basert på intervju med pasientar med demens. I utgangspunktet blei intervjuet gjennomført på 45 minutt til ein time, men grunna ynskje frå pasientane strekte nokre av møta seg over tre timar. Ein kan dra konklusjonar til at dette støtter effekta som minnearbeid viser seg å ha i studien til Thomas et al (2021). Parker et al (2019) hevder at minnearbeid har ei positiv effekt på depresjon og at det er eit betre alternativ enn antipsykotika. Ikkje farmalogiske intervensjonar bør uansett vera førstevallet for behandling av ikkje kognitive symptom hjå personar med demens, sidan antipsykotika kan forårsake betydelege bivirkningar (Parker et al., 2019).

5. 3 Utøving av sjukepleie til personar med demens

Personalkompetanse vart nemnt som ein viktig faktor blant deltakarane i Stewart – Archer et al (2015) sin forskning. Fleire av deltakarane i studien hadde sjølv jobba i helsevesenet og synte å snakka kunnskapsrikt når det kom til kva dei trengte av omsorg frå helsepersonell. Pasientar med demens har ulike behov og av den grunn er det viktig at helsepersonell unngår ei «one size fits all» tilnærming når det kjem til forståing av omsorg (Borley & Hardy, 2016). Sjukepleiarar og anna helsepersonell har moglegheit for å gjera det sosiale miljøet rundt pasientane trygt og triveleg. Travelbee si sjukepleietenking kan bidra til å klargjere korleis sjukepleiaren kan hjelpe pasienten med å ivareta behova på ein måte som bidrar til å fremja oppleving av verdigheit (Kristoffersen, 2016, s. 18). Sjukepleieteorien til Travelbee baserer på ein menneske til menneske prosess der sjukepleiaren hjelper pasienten til å førebyggje, meistre eller finne mening ved sjukdom og liding (Travelbee, 2017, s. 29). I sjukepleia kan ein ikkje berre redusere plager, men må rette oppmerksomheit mot pasientens opplevingar og velvære (Rustøen, 2016, s. 91). Hovudkjenneteiknet ved dette er at pasienten får sine behov ivaretatt av sjukepleiaren gjennom ei målretta intellektuell tilnærming og problemløysing. Ved å arbeide på denne måten brukar sjukepleiaren sin fagkunnskap og innsikt for vurdering av pasienten sine behov (Kristoffersen, 2016, s. 35). Det handlar om å observere og kartlegge pasienten sine behov, legge ei plan over korleis man kan ivareta sjukepleiebehova og deretter ta ei vurdering om behova blir ivaretatt. God helse er nær knytt opp til å kunne utføre ADL på ein tilfredstillande måte (Kristoffersen, 2016, s. 29).

Mange med demens kan trekkje seg frå sosiale situasjonar eller føla seg kopla frå sine relasjonar (Ibsen & Eriksen, 2020). Som tidlegare nemnt kan mange føle seg som ei belastning og ei byrde for sine nærmaste. Viktige målsettingar i sjukepleia er å ha nødvendig kunnskap for at livskvalitet og velvære kjem pasienten til gode. Uansett kva situasjon pasienten befinn seg i er det alltid noko sjukepleiarar kan gjera for å styrkja livskvaliteten eller bedra velvære til pasienten (Rustøen, 2016, s. 80). Sjukepleiararar treng av den grunn kunnskap om helsefremjing som kan skapa tryggleik og tillit, som igjen gir meistringsevne som er viktig for å betra livskvaliteten til individet (Gammersvik, 2018, s. 151). Junge et al. (2020) vektlegg at det av den grunn er viktig å invitere pasienten til å delta i aktivitetsplanlegginga og bidra med nødvendig hjelp og ressursar. Eriksen (2015, s. 902) seier seg einig i at sjukepleiarar må leggja til rette for at pasienten kan utføre oppgåver for å få ei kjensle av meistring.

Helse – og omsorgstjenestene skal etablere for personsentrert omsorg og behandling for personar med demens (Helsedirektoratet, 2019). Når ein arbeidar personsentrert tar ein utgangspunkt i individet, i verdiar, livssituasjon, behov og helseutfordringar. Det er spesielt viktig å arbeide personsentrert i utøving av sjukepleie til pasientar med demens for at ein i mindre grad skal fokusere på sjølve sjukdommen, men individet bak (Eriksen, 2015, s. 899). Ibsen & Eriksen (2020) viser i sin studie til gardsbasert dagtilbod som eit godt eksempel på personsentrert omsorg. Gardsbasert dagtilbod er eit skreddarsydd individuelt dagtilbod der målet er at pasientane skal få bruke sine ressursar på ein gard. Thomas et al (2021) vektlegg og personsentrert omsorg i sin studie. Minnearbeid er eksempel på personsentrert omsorg som og gir gode moglegheita for sjukepleiarar til å bli kjend med pasienten utover demensdiagnosen. Thomas et al. (2021) & Kristoffersen (2016, s. 34) påpeikar viktigheita med bli kjend med pasienten bak diagnosen for å kunne identifisere pasientens særeigne behov, planlegge og utføre sjukepleie i samvær med pasienten. Gjennom kommunikasjon blir sjukepleiaren kjend med pasienten som person og nettopp difor beskriv Travelbee kommunikasjon som sjukepleiarens viktigaste reiskap når det gjeld å etablere eit menneske til menneske forhold (Kristoffersen, 2016, s. 35). Det er langt viktigare for sjukepleiarar å kjenne til pasientens opplevingar og følelsar rundt ein gitt situasjon enn å berre forhalda seg til individets diagnose (Kristoffersen, 2016, s. 30). Ved å bli kjend med pasienten bak diagnosen kan det bli lettare for sjukepleiaren både og forstå og handtere utfordrande åtferd. Livshistoriebøker i bruk ved minnearbeid stimulerer til samtale (Thomas et al., 2021). I tillegg er livshistoriebøker høgt verdsett hjå pasientar med demens. Av erfaring kan livshistoriebøker ved nokre tilfelle skape uro, tristheit og stress hjå pasientane Det set i gang mykje følelsar og sagn. Likevel kan eg seie meg eining med Thomas et al (2021) at minnearbeid og livshistoriebøker stimulerer til samtale. Ofte blir pasientane sittande i fellesareala og snakke om fortid med både andre bebuarar og helsepersonell.

Som helsepersonell er det viktig å huske på den enorme innflytelsen man har når man vurderer omsorgsbehova til den enkelte pasient (Borley & Hardy, 2016). Sjukepleiarar og anna helsepersonell har moglegheit for å gjera det sosiale miljøet rundt pasientane trygt, ope og triveleg. Utover i demenssjukdomen får pasientane ofte problem med å uttrykke tankar og følelsar, samt at hukommelsen svekkast. Av den grunn blir pasientens eigen moglegheit for å beskrive korleis livet opplevast redusert. Mjørud et al (2011) påpeikar i sin studie at det er viktig at sjukepleiarar er oppmerksame på vanlege depressive symptom slik at pasientane får

rett behandling. Mange symptom på depresjon kan oppfattast som symptom på demens, av den grunn er det viktig at sjukepleiarar som arbeidar med pasientar med demens har kompetanse for å fange dette opp slik a pasienten får rett behandling.

6.0 Konklusjon

Hensikta med denne litteraturstudien var å få meir kunnskap om korleis sjukepleiarar kan bidra til å betra livskvalitet hjå pasientar med demens som lid av angst og depresjon. Funna i forsking sett opp mot teori viser at sjukepleiarar kan bidra til å betra livskvalitet hjå denne pasientgruppa ved å blant anna tilretteleggje for fysisk og psykologisk aktivitet. Spekteret av aktivitetar er breidt og kan skreddarsyast den enkelte. Ved å basere sjukepleieutøvinga på Travelbee sin menneske til menneske prosess er man allereie komen langt. Ved utøving av sjukepleie til demenssjuke pasientar er det heilt nødvendig å sjå pasientane som individuelle menneskjer, og bli kjend med personen bak diagnosen for å kunne iverksette passande aktivitetar og tiltak. Sjølv om det ikkje er mogleg for helbreding i demenssjukdommen må ein som sjukepleiar leggja til rette for at pasienten kan ha det så godt som mogleg. Alle pasientar kan hjelpast til auka oppleving av meining, velvære og livskvalitet (Gammersvik, 2018, s. 150).

Sjølv om temaet treng å bli meir fokusert på i forsking i framtida har eg fått mykje ny og nyttig kunnskap som eg vil ta med meg i yrkeslivet.

7.0 Referanseliste

- Berentsen, V.D. (2008). *Kognitiv svikt og demens*. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & Ranhoff, A. H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 350 – 382). Gyldendal Akademisk.
- Bertelsen, R. (2017, 22. Mai). *Steinar sitt dikt om demens har rørt fleire tusen*. Bygdanytt
[Steinar sitt dikt om demens har rørt fleire tusen \(bygdanytt.no\)](http://bygdanytt.no)
- Borley, G. & Hardy, S. *A qualitative study on becoming cared for in Alzheimer`s disease: the effects to women`s sense of identity*. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1200535>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg.). Gyldendal Akademisk
- Eriksen, S. (2015). *Menneskets psykososiale behov*. I E.K, Grov & I.M., Holter. (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Sykepleieboken 1.(5. utg., s. SIDETALL på kaptittel). Cappelen Dammm Akademisk.
- Folkehelseinstituttet (FHI). (2021, 23. Februar). *Demens*. [Demens - FHI](https://www.fhi.no)
- Fredriksen, E. M. (2018). *Forglem meg ei: Historier om demens*. Aschehoug
- Gammersvik, Å. & Larsen, T.B. (Red.). (2018). *Helsefremmende sykepleie – I teori og praksis*. Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2019, 27. November). *Virksomheter skal etablere rutiner for personsentrert omsorg og behandling til personer med demens*. [Virksomheter skal etablere rutiner for personsentrert omsorg og behandling til personer med demens - Helsedirektoratet](https://www.helsedirektoratet.no)
- Helse – og omsorgsdeparterementet. (2020). [demensplan-2025.pdf \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no)
- Ibsen, T.L & Eriksen, S. (2020). *The experience of attending a farm- based day service from the perspective of people with dementia*. <https://doi.org/10.1177/1471301220940107>
- Jensen, D. *Helsefagarbeider og eldre kvinne ser i fotoalbum sammen*. Rettighetshaver: Leverandør Samfoto, Leverandør NTB scanpix. <http://www.scanpix.no>

- Junge, T., Ahler, J., Knudsen, H.K. & Kristensen, H. K. (2020). *The effect and importance of physical activity on behavioural and psychological symptoms in people with dementia*. <http://dx.doi.org/10.1177/1471301218777444>
- Kristoffersen, N.J. (2016). *Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise* I N.J., Kristoffersen, F. Nordtvedt, Skaug, E-A & G.H, Grimsbø. (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg., Bind 3, s.15-80). Gyldendal Akademisk
- Lerdal, A.V. & Grov, E.K. (2015). *Aktivitet*. I E.K., Grov & I.M., Holter. (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Sykepleieboken 1. (5. utg., s. 819 – 838). Cappelen Damm Akademisk.
- Lode, K. (2016). *Mestring*. I A.K.T. Heggstad & U. Knutstad. (Red.). *Setrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. Sykepleieboken 2. (4. utg., s. 40 - 55). Cappelen Damm Akademisk.
- Mjørud, M., Engedal, K. & Ytrehus, S. (2011). *Livskvalitet, depressive symptomer og funksjonssvikt hos personer med demens*. Sykepleien Forskning.
- Park, K., Lee, S., Yang, J., Song, T & Son Hong, G-R. (2019). *A systematic review and meta-analysis on the effect of reminiscence therapy for people with dementia. A systematic review and meta-analysis on the effect of reminiscence therapy for people with dementia* | International Psychogeriatrics | Cambridge Core
- Rokstad, A.M.M. (2012). *Bruk av Dementia Care Mapping (DCM) for å utvikle personsentrert omsorg*. I A.M.M. Rokstad (Red.), *Bedre hverdag for personer med demens*. Forlaget Aldring og helse. (Antall sider: 32)
- Rustøen, T. (2016). *Livskvalitet og velvære*. I A.K.T. Heggstad & U, Knutstad (Red.). *Setrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. Sykepleieboken 2. (4. utg., s. 80-107). Cappelen Damm Akademisk.
- Stewart-Archer, L.A., Afghani, A., Toye, C.M. & Gomez, F.A. *Subjective quality of life of those 65 years and older experiencing dementia*. <https://doi.org/10.1177/1471301215576227>

Sykepleien. (2021, 03. September). WHO: *Mennesker med demens sviktes over hele verden*.

Sykepleien.no. WHO: Mennesker med demens sviktes over hele verden
(sykepleien.no)

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2. utg.). Universitetsforlaget.

Thomas, J.M., Sezgin, D. & Lecturer, RN. (2021). *Effectiveness of reminiscence in reducing agitation and depression and improving quality of life and cognition in long-term care residents with dementia*. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.10.014>

Thorsen, K. (2008). *Aldringsteorier*. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff. (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 57- 74). Gyldendal Akademisk.

Travelbee, J. (2017). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg., 8. opplag). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

8. Vedlegg

Vedlegg 1: PICO- skjema

Population	Intervention	Comparison	Outcome
Institusjon Institution/ nursing home Sjuepleiar Nurse/Nurses Pasient Patient	Depresjon Depression Angst Anxiety Demens Dementia		Livskvalitet Quality of life

Vedlegg 2: Presentasjon av søkeprosessen

Søkedato	Database	Søkeord	Avgrensing	Relevant resultat
01.03.2022	CINAHL	Dementia* Depression* Anxiety* Quality of life* Nurses* Nursing home*	Peer- reviewed Publisert mellom 2012 – 2022	Søket gav 31 resultat. Eg fann tre forskningsartiklar som var relevante for mi oppgåva. Funna har i løpet av prosessen blitt valt vekk på grunn av at dei alle var systematiske oversiktsartiklar.
02.03.2022	SveMed+	Angst* Depresjon* Demens* Sjuepleiara* Sjueheim*	Norsk	Søket gav eitt resultat. Eg fann ein forskningsartikkel som er blitt nytta i oppgåva. Den heiter: <i>Livskvalitet, depressive symptommer og funksjonssvikt hos personer med demens</i>
09.03.2022	CINAHL	Dementia* Depression* Anxiety* Emotions* Nursing home patients* Quality of life*	Peer reviewed Publisert mellom 2012 - 2022	Søket gav 198 treff og eg har valt å bruke desse to i oppgåva: <i>Effectiveness of reminiscence therapy in reducing agitation and depression and improving quality of life and cognition in long-term care residents with dementia</i> <i>The effect and importance of physical activity on behavioural and psychological symptoms in people with dementia</i>

Vedlegg 3: Litteraturmatrise

Tittel	Forfattar	År	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat
Effectiveness of reminiscence therapy in reducing agitation and depression and improving quality of life and cognition in long-term care residents with dementia	Thomas, J.M. Sezgin, D.	2021	Hensikta med studien var å undersøkje effekta minnearbeid har på personar med demens.	Systematisk oversikt og metaanalyse	Fem randomiserte, kontrollerte undersøkelser med 267 deltakarar blei inkludert i studien. To av desse blei metaanalysert. Det var krav om at deltakarane måtte vera busett i langtidsinstitusjon med klinisk diagnose av demens. Det var ellers ingen restriksjonar på alder, kjønn eller rase.	Forskingen viser at reminisens terapi kan ha fordelar med å redusere depresjon hjå eldre vaksne med mild til moderat demens som bur i langtidsinstitusjon. I tillegg viser studien at reminisens terapi kan forbetre livskvalitet og kognisjon hjå desse personane.
Livskvalitet, depressive symptom og funksjonssvikt hos personer med demens	Mjørud, M. Engedal, K. Ytrehus, S.	2011	Hensikta var å undersøke samanhengen mellom livskvalitet, depressive symptom, funksjonssvikt og grad av demens.	Kvantitativ forskning	Opplysningane i studien er henta ut frå intervju med primærsjukepleiarar til 223 pasientar med demens som bur i sjukeheim. Opplysningane er henta frå ti ulike sjukeheimar. Livskvaliteten blei kartlagt gjennom ulike kartleggingsverktøy	Livskvalitet hjå personar med demens påverkast av depresjonssymptom, spesielt kjernesymptom for depressiv lidning, og funksjonsnivå. Mange av symptoma som kan oppfattast som utrykk for demens kan vera utrykk for ei depressiv lidning, difor

					som quality of life in late stage dementia scale (QUALID) , symptomer på depresjon med Cornell skala, funksjonsnevne med Lawtons ADL skala og grad av demens med klinisk demensvurdering.	må sjukepleiarane vera oppmerksame på de vanlege depressive symptoma ved ein demenssjukdom for at pasienten skal få rett behandling.
The effect and importance of physical activity on behavioural and psychological symptoms in people with dementia	Junge, T. Ahler, J. Knudsen, H.K Kristensen, H.K	2018	Hensikta med denne systematiske studien var å evaluere funn av både kvantitative og kvalitative metoder av effekta og betydninga av fysisk aktivitet på atferdsmessige og psykiske symptom hjå personar med demens.	Systematisk oversiktstudie med bruk av både kvantitative og kvalitative metodar.	Systematiske søk blei gjennomført i EMBASE, CINAHL, PubMed, PEDro og PsycINFO. Inklusjonskriterier var personar med lett til moderat grad av demens, intervensjonar inkludert fysisk aktivitet og full fokus på atferdsmessige og psykologiske symptom på demens eller livskvalitet.	Ein liten reduksjon i depresjonsnivå og forbedra humør blei sett i nokre kvantitative studiar. Fleire av deltakarane opplevde positive erfaringar med fysisk aktivitet og opplevde følelsar som nytelse, viktigheita med å få vera utandørs, betre humør, betre søvn, sosialt givande og auka følelse av velvære
A quality study on becoming cared for in Alzheimer`s disease: the effects to women`s sense of identity	Borley, G. Hardy, S.	2016	Hensikta var å finne ut av kvinner med Alzheimers si opplevinga av å bli ivaretatt og virkningen dette har på identiteten deira.	Kvalitativ metode	Åtte kvinner med mild til moderat grad av Alzheimers blei intervjuet i Northamptonshire, England.	Studien viser at nokre kvinner opplev å miste sin identitet som kvinne når ADL funksjonen sviktar og andre må bidra og overta nødvendige gjeremål. Andre kvinner var i andre enden av skalaen og opplevde aksept,

						tilfredstillelse, optimisme og håp med å bli tatt vare på.
Subjective quality of life of those 65 years and older experiencing dementia	Stewart-Archer, L. A. Afgхани, A. Toye, C.M Gomez, F. A	2015	Å beskrive korleis personar med demens opplev livskvalitet og korleis dette kan betrast.	Kvalitativ metode	Deltakarane i studien budde i seks kanadiske samfunnsstrøk, 136 deltakarar totalt. Alle deltakarane mottar minimum fire timar profesjonell heimesjukepleie per veke, bur i omsorgsbustad eller anna institusjon. Alle deltakarane var over 65 år og hadde ei demens diagnose diagnostisert av lege og måtte ha score på over 9 på MMS test.	Personar med demens kan oppleva betra livskvalitet når sjølvbestemmelse blir ivaretatt. Livskvalitet blir karakterisert som friheit, uavhengigheit, få grunnleggjande behov dekkja, god fysisk helse, engasjement i meningsfulle aktivitetar og ro. Auka tilgang til dyktig sjukepleie og støtte til meningsfulle engasjement med familien er nødvendig.
The experience of attending a farm-based day care service from the perspective of people with dementia	Ibsen, T.L. Eriksen, S.	2020	Hensikta var å finne ut kva nytte Gardsbasert dagtilbod hadde på livskvaliteten til personar med demens.	Kvalitativ metode	Ti seimistrukturerte intrvjuer blei gjennomført for fem forskjellige tenester, mens delktarane var på gården. Intervjua blei analysert i henhold til innholdsanalysen av Grananheim, U. & Lundmann, B. (2004).	Studien er basert på korleis personar med demens opplever å gå på gårdsbasert dagtilbud i Norge. Personar med demens opplev at gårdsbasert dagtilbud beriker kvardagen fordi denne type omsorg gir mulighet for gode relasjonar med andre i same situasjon gjennom

						meningsfulle aktiviteter i eit naturlig miljø. Gårdskonteksten legger i tillegg tilrette for å bruke gjenværende ressurser.
--	--	--	--	--	--	--