

Bacheloroppgave

SYKHB3001

Eldre deprimerte i sykehjem

Kandidat nr: 49



HØYSKOLEN STORD/HAUGESUND

Bachelor i sykepleie

Avdeling Haugesund

Kull 2006

Februar 2009

Antall ord: 7441

TIL DEG

*Eg kjenner deg - eg kjenner deg,
som ikkje vann! -*

*Eg såg din strid, eg veit din veg
i skuggeland.*

*Eg røynde sjølv den striden stygg
i mange år,
med ville mod, med bøygde rygg,
med svære sår.*

.....

*Men lerka stig frå gløynde grav
med sigers ljod;
og vinden stryker inn av hav
so frisk og god.*

*Og um me kjenner gråt og gru
og saknad sår,
so må me lerkesongen tru,
som lovar vår.*

Fra diktet "Til deg du hei og bleike myr" av Arne Garborg.

Sammendrag.

Norsk versjon: Hensikten med denne oppgaven var at jeg skulle tilegne meg mer kunnskap om hvordan sykepleiere kan bidra til at eldre deprimerte i sykehjem opplever mening i hverdagen. Etter å ha vært i praksis på sykehjem opplevde jeg at det ikke var særlig fokus på dette temaet, jeg mener også at kunnskaper om et slikt tema vil være grunnleggende i møte med denne pasientgruppen. Gjennom denne oppgaven føler jeg at jeg sitter igjen med kunnskap som vil være nyttig og viktig i møte med denne pasientgruppen. Noe jeg også har lært gjennom oppgaven er at selv om en ikke kan "gi" eldre deprimerte mening i hverdagen, kan en med kunnskaper om dette temaet hjelpe dem med å oppleve mening i hverdagen. Det viser seg gjennom studiene jeg har brukt i oppgaven at sykepleierne spiller en svært viktig rolle for hvordan hverdagen til eldre deprimerte i sykehjem oppleves. Mening er noe som kan oppleves hos den deprimerte, men dette vil bety at sykepleierne må legge ned arbeid for å hjelpe den enkelte i sin hverdag på et sykehjem. Mange eldre som flytter til et sykehjem opplever å ha færre sosiale kontakter, og for noen vil sykepleierne være særlig betydningsfulle da de fleste kontaktfaringene til pasienten skjer her. Jeg føler at jeg sitter igjen med kunnskap som vil være viktig i min yrkesutøvelse og som kan deles med mine fremtidige kollegaer.

Engelsk versjon: The purpose of this task was for me to acquire more knowledge when it comes to how older depressed people in nursing homes experience meaning in everyday life. After I practice as a nurse student at a nursing home, I experienced that there were a lack of focus on this theme. I also think that knowledge around this theme is basic meeting this group of patient. Through this task I feel that I have acquired knowledge that will be useful and important meeting this group of patient. I have also learned that even if you cant "give" the older depressed patient meaning in everyday life, you can with knowledge around this theme help and contribute, so that this group of patient can experience meaning in everyday life. Through the studies I have used in this task we can see that the nurses play a very important role for how the older depressed patient experience everyday life. The older depresses patient can experience meaning in everyday life, but this means that the nurses have to help each one in his everyday life in a nursing home so that he can experience meaning. Many of the elders who move to a nursing home experience less social contacts, and for some of those the encounters with the nurses will be very important, because this was mainly the only contact they had with other people.

I feel that I have gained knowledge that will be important in my work as a nurse and that I can share this knowledge with my future colleagues.

Innholdsliste

Sammendrag.	ii
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.	1
1.2 Presentasjon av problemstilling.	1
1.2.1 Presisering og avgrensing av problemstilling.	2
2.0 Teoretisk tilnærming.	3
2.1 Hva er depresjon?	3
2.1.1 Ulike typer depresjon.	3
2.1.2 Depresjon hos eldre.	4
2.1.3 Symptomer ved depresjon hos eldre.	5
2.1.4 Depresjon hos geriatriske pasienter.	5
2.2 Sykepleie til eldre deprimerte.	6
2.2.1 Mening.....	6
2.2.2 Empati og sympati og medfølelse	7
2.2.3 Kommunikasjon.	8
3.0 Metode.	9
3.1 Hva er metode?	9
3.2 Litteraturstudie.....	9
3.3 Litteratursøk.	10
3.4 Forskningsetikk.....	11
3.5 Kildekritikk.	12
4.0 Presentasjon av forskningsartikler.	12
5.0 Drøfting.	14
5.1 Å skape mening gjennom gode relasjoner til sykepleierne.	14
5.2 Å bekrefte og respektere den deprimerte og ivareta hans autonomi.	18
6.0 Konklusjon.	21
Referanseliste.....	I
Internett.	II

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.

Jeg ønsker å fordype meg i temaet depresjon hos eldre pasienter. Depresjon øker med alderen og rammer flere i 80 – årene enn i 20 – årene(Stordal, 2005).

Eldre pasienter med en depresjons diagnose, er en pasientgruppe man vil møte på i mange forskjellige situasjoner. Blant annet i sykehjem, hjemmesykepleie og i psykisk helsevern. Det er viktig at vi som sykepleiere tilegner oss gode og oppdaterte kunnskaper om temaet eldre med depresjon, slik at vi kan bidra til at disse pasientene kan få en så god hverdag som mulig.

Jeg ønsker samtidig å få fram at jeg ikke kommer til å se på depresjon som en diagnose, men hva som kan føre til at eldre opplever å bli deprimerte. Jeg har vært i praksis og jobbet som deltidsansatt på sykehjem og har derfor opplevd følelsen av utilstrekkelighet hos denne pasientgruppen, grunnet både tidspress og manglende kunnskaper om temaet. Eldre med depresjon er en pasientgruppe jeg med stor sannsynlighet vil ha befatning med når jeg skal ut i arbeidslivet, og det vil da være av stor betydning at jeg som sykepleier har gode kunnskaper om sykepleiers helsefremmende og forebyggende rolle i forhold til dette temaet.

Det er blitt konkludert med at forekomsten av depresjon blant personer over 65 år er hele 19 %. Blant eldre i sykehjem og i sykehusavdelinger er forekomsten dobbel så høy, noe som indikerer at depresjon hos eldre må være underdiagnostisert og underbehandlet(Engedal, 2003). Jeg ønsker at denne bacheloroppgaven kan gi en større innsikt og forståelse for temaet eldre og depresjon.

Grunnet min erfaring fra sykehjem og ønske om og gjennom oppgaven å øke min kunnskap om emne, har jeg kommet fram til denne problemstillingen:

1.2 Presentasjon av problemstilling.

Hvordan kan sykepleiere bidra til at eldre deprimerte i sykehjem opplever mening i hverdagen?

1.2.1 Presisering og avgrensing av problemstilling.

Depresjon er et meget vidt og omfattende tema og vil kreve en avgrensing i en slik oppgave. Jeg har derfor valgt å avgrense oppgaven til deprimerte pasienter over 70 år i sykehjem. Jeg presiserer at jeg i oppgaven ikke tar utgangspunkt i en enkelt pasient, men ser på denne pasientgruppen generelt og samtidig sykepleiers helsefremmende og forebyggende oppgaver. Jeg har også valgt og ikke avgrense i forhold til kjønn.

Jeg er klar over at pårørendes rolle kan være viktig for denne pasientgruppen, også det at sykepleierne jobber på lag med andre yrkesgrupper når det gjelder den eldres depresjon, men grunnet oppgavens omfang har jeg valgt å fokusere på sykepleier – pasient relasjonen.

Jeg velger å bruke Joyce Travelbee som teoretiker i oppgaven, grunnet hennes mange teorier og begreper og hennes eksistensialistiske grunnsyn som står sentralt i oppgaven.

Ut fra Travelbees sykepleiedefinisjon består sykepleie i å hjelpe den syke og lidende til å finne en mening i den situasjonen han gjennomlever. Dette skjer gjennom etableringen av et menneske- til- menneske- forhold, som er et sentralt begrep i Travelbees sykepleietenkning. Mening er et begrep som vil stå sentralt i denne oppgaven og jeg ønsker at det skal gi en større innsikt og forståelse for hvordan eldre deprimerte opplever sin hverdag og hvordan sykepleier kan bidra til at denne pasientgruppen kan oppleve mening i hverdagen (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, 2005b, kapittel 23).

2.0 Teoretisk tilnærming.

2.1 Hva er depresjon?

Det er tydelig at depresjon ikke er en kraft eller en makt inni meg selv, men noe som møter meg utenfra – et stoff eller kanskje i virkeligheten et vesen, noe som ligner på et rovdyr, den er som et åndelig, fremmed vesen som er like på kanten av å anta form i kjøtt og blod. Jeg føler det også slik, når jeg er alene med den. Jeg kunne nesten kalle den for "ham". Han sitter der, når jeg våkner, og jeg vet at jeg ikke er alene. Det er et annet levende vesen i rommet(Bjørnebo sitert i Hummelvoll, 2005 s171).

Nedtrykking er hva ordet depresjon egentlig betyr, ordet depresjon kommer fra latin. Nedtrykthet og sorg ligger som en mulig og nødvendig følelse hos alle mennesker, og følelsen av nedtrykthet vil opptre som en del av livet. Depresjon kan også kalles sykelig sorg og er preget av skyldfølelse og selvbebreidelse. Det kan være vanskelig å se forskjell på den sørgende og den deprimerte, men de to ordene skyldfølelse og selvbebreidelse er fremtredene hos den deprimerte, mens den sørgende ikke i særlig grad er preget av dette. Den sørgende vil også videre vite hvorfor han sørger, hos den deprimerte er det ofte mer uklare forestillinger om hvorfor han føler seg trist. Tapsopplevelsen hos den deprimerte er mer diffus og altomfattende, en opplevelse av tap av mening med alt det som skjer rundt en.

Depresjonens mest fremtredende symptomer er tristhet, pessimisme og lav selvaktelse. Kraftløshet er også et fremtredende symptom som fører med seg nedsatt fysisk og psykisk energi til å utføre dagliglivets gjøremål. Samtidig som de psykiske funksjoner forandres vil også de kroppslige forandres. Noen av disse kan være nedsatt appetitt, forstoppelse og søvnforstyrrelser(Hummelvoll, 2005).

Andrew Solomon (2001)skriver at depresjon kan sies å være kjærlighetens vrangside. Mennesker som er deprimerte opplever ofte at depresjonen forderver jeget og ødelegger til slutt evnen til å gi og motta kjærlighet.

2.1.1 Ulike typer depresjon.

En skiller mellom mild depresjon, moderat depresjon og alvorlig depresjon.

Noen av symptomene ved mild depresjon er at realitetsorienteringen er intakt, og selv om personen vil oppleve tristhet, vil ikke det senkende stemningsleiet påvirke dømmekraften i forhold til seg selv

eller andres motiver. Personen har ofte et økt behov på ytre bekreftelse på seg selv. Drifter og impulser er noe forminsket. Tristheten og nedtryktheten samsvarer med realitetene i hans aktuelle situasjon, men følelsene vedvarer ikke og skaper heller ikke funksjonssvikt.

Ved moderat depresjon er det en større tendens til å fordreie virkelighetsoppfatningen. Følelsen av at andre misliker en eller har en negativ oppfatning av en vil være fremtredende. Dømmekraften er dårlig da andres intensjoner ofte mistolkes, og at egne evner blir undervurdert. Å føle tomhet eller at det er noe galt hjerterytmen, pusten, fordøyelsen eller eliminasjonen er normalt. Evnen til å føle glede er markert redusert, og impuls kontrollen kan enten være overkontrollert eller mangelfull. Ved alvorlig depresjon er realitetstesting så svekket at fastlåste forestillinger forekommer. En likegyldighet overfor sin egen atferd fører til at vurderingsevnen er meget dårlig. Den alvorlig deprimerte vil overveldes av følelser som skyld, verdiløshet og syndighet. Personen vil føle seg ulykkelig, fortvilet og ubrukelig, hjelpeløs og håpløs. Aktivitetsnivået hos den alvorlig deprimerte vil kunne ha nesten nådd stillstand, eller være så ukontrollert at raske, agiterte og hensiktsløse kroppsbevegelser oppstår(Hummelvoll, 2005).

2.1.2 Depresjon hos eldre.

At depresjon er hyppig forekommende i høy alder er en allmenn oppfatning. Mange eldre opplever mange tap og dette kan være vanskelig å mestre. Noe av det som har vært ansett å være risikofaktorer for depresjon er ugunstige sosiale forhold, tap av helse, sorg og avhengighet. Tap av sosialt nettverk har vært sentralt i denne sammenhengen, spesielt tap av ektefelle. Depresjon hos eldre er hevdet å være underdiagnostisert og underbehandlet, og forklares med at helsepersonell ikke er flinke nok til å gjenkjenne symptomene hos denne gruppen. Det kan også være vanskelig å skille depresjon fra en naturlig sorgreaksjon og ensomhetsfølelse(Engedal, 2008).

2.1.3 Symptomer ved depresjon hos eldre.

Eldre deprimerte vil kunne ha uutholdelige smerter, som hos mange lokaliseres til rygg, halebein og underliv. Den eldre fokuserer på sin egen manglende evne. Framtiden fortøner seg mørk og noen eldre deprimerte går med selvmordstanker. Noen eldre blir urolige og rastløse, andre blir apatiske og hemmede. Svekket konsentrasjonsevne er også normalt hos deprimerte, dette kan gjelde alle aldersgrupper. Men siden hukommelsesbesvær er en følge av svekket konsentrasjonsevne, kan denne tilstanden hos eldre forveksles med demens. Normalt ved depresjon er også klage over søvnløshet og manglende appetitt med et vekttap på 4-5 kg.

Kontakten med andre mennesker vil ofte endre seg, den deprimerte vil ofte oppfattes som krevende, usympatisk og trøstesøkende, samtidig som han vil kunne være urokkelig og selvopptatt (Gulmann og Voldsgaard, 2006).

2.1.4 Depresjon hos geriatriske pasienter.

Mange av de eldre som flytter til sykehjem opplever tap av selvstendighet og sosiale kontakter. Depresjon hos eldre forekommer relativt hyppig. I følge Engedal og Haugen (1996) regner en med at det blant somatisk syke er rundt 20 % som har en depresjon, mens det blant innlagte i sykehjem er omkring 40 % deprimerte eldre. Somatisk syke opplever ofte tap av posisjoner, selvhjelpenhet og mestring. Samtidig kan somatiske sykdommer og medfølgende medikamentell behandling bidra til depresjonsutvikling (Karoliussen og Smebye, 2000).

Somatisk syke pasienter har ofte flere somatiske sykdommer samtidig. Og Berentsen og Schirmer (1995) skriver at forfattere av oversiktsartikler stort sett er enige om at det er en klar assosiasjon mellom depresjon og somatisk sykdom hos eldre.

Engedal (2008) skriver at psykisk sykdom kan opptre hos individer som tidligere i livet aldri har hatt nevneverdige psykiske problemer grunnet svekket psykologisk forsvar og tap av sosialt nettverk kombinert med økende psykososiale belastninger og somatisk sykdom.

2.2 Sykepleie til eldre deprimerte.

“Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene”(Travelbee, 2001 s.29).

I Joyce Travelbees sykepleiedefinisjon ser vi at hun omtaler sykepleie som en mellommenneskelig prosess, forebygging og mestring og mening står også sentralt. Sykepleier skal hjelpe personer til å mestre, bære og finne mening i de erfaringer som følger med lidelse og sykdom(Travelbee, 2001).

Travelbee er aktuell for oppgaven grunnet hennes eksistensialistiske grunnsyn, og det at hun forholder seg til ethvert menneske som en unik person.

Da lidelse er en del av livet vil alle mennesker før eller siden erfare lidelse. Selv om lidelse er en felles livserfaring, vil hver enkelt oppleve den på sin egen unike måte. Den enkeltes evne til å søke etter mening i møte med lidelse, sykdom og smerte er individuell og personlig(Travelbee, 2001).

2.2.1 Mening.

“Den som har et ‘hvorfor’ å leve for, kan bære nesten ethvert ‘hvordan’(Nietzsches sitert i Kristoffersen m.fl. 2005b s.29).

Viktor E. Frankl sier: *...mennesket er... rede til å lide, så lenge... dets lidelse har mening... lidelsen ville ikke ha noen mening med mindre den var absolutt nødvendig. En kreftsykdom som kan helbredes gjennom kirurgi, for eksempel, skal ikke måtte bæres av pasienten som om det var hans kors. Dette ville være masochisme, ikke heroisme(Frankl sitert i Travelbee, 2001 s.219).*

Det er sannsynlig at de fleste personer på et tidspunkt i sitt liv vil spørre seg spørsmål som hvorfor og hvordan. Allikevel så er det ved opplevelsen av sykdom og lidelse, både hos oss selv og de vi er glad i, at behovet for å besvare disse spørsmålene tvinger seg fram(Travelbee, 2001).

Det er ulikt for oss mennesker hvilke svar som gir mening, og disse svarene må ethvert menneske finne frem til selv(Kristoffersen m.fl, 2005b).

Sykdom og lidelse kan sies at er erfaringer som i og seg selv ikke har noen mening, det vil kun være personen som selv opplever disse tilstandene som kan tilskrive dem verdi eller mening. En vil når en er omgitt av og gjennomlever en bestemt livserfaring kunne finne fram til mening. Den meningen som oppdages i sykdom og lidelse som erfaring, vil være unikt for det bestemte individet som gjennomlever erfaringen. Helsearbeidere, familie og venner kan hjelpe den syke til å finne mening,

men vil ikke kunne "gi mening" til vedkommende, dette fordi mening bare kan finnes av den syke selv. Det å føle seg nødvendig for noen eller noe, vil være viktig for å føle at ens liv betyr noe. Viss en person klarer å forstå denne sannheten, vil han også lettere kunne finne den dypere mening som kan være å finne i sykdom. Å finne mening i slike erfaringer vil kunne kreve hjelp fra helsearbeidere og andre, med slik hjelp kan personen selv og hans familie lettere mestre disse erfaringene for så å kunne finne mening i dem(Travelbee, 2001).

En grunntanke som sykepleieren er nødt til å ha for å kunne hjelpe den syke til å finne mening er: *Alle sykepleiehandlinger som har som siktemål å hjelpe den syke med å finne mening, vil være effektiv bare i den grad sykepleieren selv virkelig tror at det fins en mening*(Travelbee, 2001 s.228).

2.2.2 Empati og sympati og medfølelse

I følge Travelbee (2001) består oppbygningen av forholdet mellom sykepleier og den syke av fem faser, disse er det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati, sympati og medfølelse og endelig den gjensidige forståelsen og kontakten. Det blir her gått nærmere inn på empati og sympati. Travelbee skiller mellom empati og sympati.

I følge Travelbee er empati: *"Evnen til å trenge inn i, eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da"*(Travelbee sitert i Kristoffersen m.fl, 2005b s.30).

Empati vil si at en tar del i den andres sinnstilstand, men betyr ikke at en tenker og føler som den andre. Som sykepleier vil en være objektet for empatien, det vil si at sykepleieren tar del, men står samtidig utenfor. Det dreier seg ikke om kald objektivitet, men at en er to ulike personer som er sammen om noe. Empati er en opplevelse av å forstå, noe meningsfylt formidles og hver av partene vet de har kontakt med hverandre(Travelbee, 2001).

Sympati og medfølelse kan sies å være et resultat av empatiprosessen. Ved sympati og medfølelse foreligger en grunnleggende trang eller et ønske om å lindre plager. Gjennom sympati og medfølelse tar en del i andres følelser og opplever medlidenhet. Når en føler sympati og medfølelse kan ikke objektiv distanse og fremmedgjøring forekomme. Når en føler med en annen er en personlig involvert, men er ikke passivisert på grunn av det(Travelbee, 2001).

2.2.3 Kommunikasjon.

Travelbee (2001) skriver at kommunikasjon kan betraktes som en prosess for meddelelse eller overføring av tanker og følelser. En deler noe meningsfylt med andre når en er relativt sikker på at det en meddeler vil bli mottatt og at det ikke blir ignorert, avvist, nedvurdert eller latterliggjort. Kommunikasjon er en gjensidig respekt. For sykepleier brukes denne prosessen for å søke å gi informasjon, for den syke og hans familie er kommunikasjon det midlet de bruker for å få hjelp. Gjennom kommunikasjon formidler sykepleier omsorg for den hun har ansvaret for. Den syke kommuniserer i sin tur sin oppfatning av sykepleieren. Opplever den syke at sykepleier viser interesseangel, vil den syke reagere tilsvarende, uansett hva sykepleier måtte gi uttrykk for med ord. Det er slik at kommunikasjon kan ha dyp innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner. Samtidig som kommunikasjon kan brukes til å trekke andre mennesker nærmere, vil den også kunne støte dem bort. Kommunikasjon kan være en kreativ prosess ved at den profesjonelle sykepleieren snakker og handler bevisst på en måte som kan føre til forandring. Ved kommunikasjon overføres meninger eller budskaper mellom individer og er en kontinuerlig prosess.

3.0 Metode.

3.1 Hva er metode?

I Dalland (2000) finner vi at Tranøy definerer metode som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare(Dalland, 2000 s.71).

Vilhelm Aubert formulerer metode slik: *”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”*(Vilhelm Aubert sitert i Dalland, 2000 s.71).

Jeg ønsker i denne oppgaven å undersøke hvordan sykepleiere kan bidra til at eldre deprimerte i sykehjem kan oppleve mening, metoden vil da være redskapet mitt i møte med det jeg vil undersøke(Dalland, 2000).

3.2 Litteraturstudie.

I et intervju er informanten informasjonskilden, i en litteraturstudie er det den innsamlede litteraturen som er informasjonskilden(Olsson og Sørensen, 2003).

Jeg har valgt å benytte en allmenn litteraturstudie som metode for oppgaven.

En allmenn litteraturstudie kan også kalles litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt. Ved å gjennomgå litteratur vil jeg kunne finne artikler, fagbøker og forskning som er relevante for oppgaven og problemstillingen(Forsberg og Wengstrøm, 2008).

Jeg har i denne litteraturstudien med både kvalitative og kvantitative artikler som er basert på egne metodiske prinsipper, når jeg bruker begge typer artikler kalles dette triangulering. Denne type triangulering er den vanligste trianguleringen(Forsberg og Wengstrøm, 2008).

Systematisk søking, kritisk gransking og å samle litteratur som er relevant for tema og problemstillingen er hva en litteraturstudie innebærer og bør fokusere på aktuell forskning innenfor det valgte temaet. Litteraturstudie er en informasjonskilde og bygger på vitenskapelige tidsskriftartikler eller andre vitenskapelige rapporter(Forsberg og Wengstrøm, 2008).

Jeg ønsker å samle inn ny kunnskap og har altså valgt å skrive en litteraturstudie hvor jeg henter inn tidligere funn. For å øke min innsikt og kunnskap i forhold til problemstillingen jeg har valgt meg må jeg gjennomgå litteratur og studier som er aktuelle for problemstillingen og som har høy validitet. Er validiteten høy på litteraturen og studiene som er aktuelle for problemstillingen vil dette resultere i data som er relevante for problemstillingen.

3.3 Litteratursøk.

Når problemområdet er avgrenset kan en formulere søkeord som gir grunnlag for litteratursøking (Forsberg og Wengstrøm, 2008).

Jeg har valgt 6 artikler som jeg ønsker å bruke i oppgaven, disse har jeg funnet i de helsefaglige artikkelbasene og nettressursene til høyskolebiblioteket.

Ved søk etter artikler har jeg brukt Proquest, Ovid Medline, Pubmed, Svemed, Tidsskriftet for Den Norske Legeforening og Vård i Norden. I Proquest, Pubmed og Ovid Medline har jeg brukt søkeord som *older people*, *depression* og *meaning* og *older people*, *meaning* og *nursing homes* og kombinert disse på ulike måter. En del av artiklene i Proquest var relevante, i Pubmed fikk jeg ikke opp artiklene i full tekst samtidig som de fleste artiklene ikke belyste de spørsmålene som jeg var ute etter å få en større klarhet i.

Jeg har søkt frem bøkene og heftet til Berentsen og Schirmer (1995) på bibsys.

Jeg har satt en grense på at artiklene ikke skal være mer enn ti år gamle.

I Proquest kombinerte jeg søkeordene *older people* **and** *depression* **and** *meaning*. Ved denne søkekombinasjonen fikk jeg 24 treff, hvorav 1 av treffene var relevant for oppgaven. Dette treffet var en kvantitativ artikkel som viser til den psykososiale modell for mental helse og depresjon hos eldre i institusjon og depresjon hos eldre kommunalt bosatte. Jeg kombinerte også søkeordene *older people* **and** *meaning* **and** *nursing home* i Proquest og fikk da opp to relevante treff, resten kunne jeg ved å lese abstraktene utelukke. Begge to artiklene var kvalitative. I den ene artikkelen forteller tre sykehjemsbeboere om mening ved slutten av livet. Den andre artikkelen er en hermeneutisk studie som ser på beboernes opplevelse av å bo i sykehjem og hvor viktig sykepleierne ofte er for beboerne ved et sykehjem.

Artikkelen hvor tre sykehjemsbeboere forteller om mening ved slutten av livet fikk jeg også opp i Ovid Medline, Jeg brukte da søkeordet *older people* som gav 1271 treff. Ved å kombinere søkeordene *older people* og *depression* fikk jeg 41 treff. Ingen av disse artiklene kunne brukes i

oppgaven, men ved og kombinerte søkeordene older people og meaning fikk jeg opp 61 treff. Fikk da opp denne artikkelen som jeg også fant i Proquest.

I Tidsskriftet for Den Norske legeforening benyttet jeg avansert søk og brukte søkeordet depresjon. Jeg fikk opp 71 treff og en relevant artikkel. Artikkelen sammenligner forekomsten av depresjon hos yngre og hos eldre, og rapporterer at risikoen for depresjon øker med alderen. Grunnet min problemstilling mener jeg at denne artikkelen vil være relevant.

Under forfattersøk i Tidsskriftet for Den Norske Legeforening søkte jeg på Knut Engedal som er professor i alderspsykiatri, fikk opp 14 treff og en relevant artikkel. Artikkelen er relevant fordi den ser på forekomst og årsaker til depresjon hos eldre.

I Vård i Norden brukte jeg søkeordene depresjon, mening og sykehjem. Søkeordet depresjon gav 8 treff, men ingen relevante artikler. Søkeordet sykehjem gav 20 treff med en relevant artikkel. Søkeordet mening gav 78 treff med en relevant artikkel som også var samme artikkel som den som var relevant under søkeordet sykehjem. Artikkelen inneholder temaer som jeg kan gå nøye inn i og diskutere. Artikkelens forfatter spør seg hvilke faktorer som kan bidra til at pasienten kan oppleve å ha et meningsfylt liv i en sykehjemssituasjon.

3.4 Forskningsetikk.

Gjennom denne litteraturstudien skal jeg ikke intervju individer men jeg skal intervju litteratur. Dette innebærer at jeg ikke må ta de samme hensynene som jeg måtte vist overfor mine informanter ved intervju. Det er allikevel hensyn som skal tas, det skal oppgis hvilke kilder en bruker og henvise til disse på riktig måte. Anonymisering av kilder forhindrer muligheten til å finne ut hvem som er informanter. Etske sider som må bli ivaretatt ved all forskning er personvern, taushetsplikt, informert, frivillig samtykke og anonymisering(Dalland, 2000).

Det er viktig at jeg som student er opptatt av det forskningsetiske når jeg skal skrive denne litteraturstudien og at jeg ivaretar etiske sider som personvern, taushetsplikt og anonymisering. Det går fram at artiklene jeg har funnet i Proquest, OvidMedline og Vård i Norden og som jeg ønsker å bruke i oppgaven har vært gjennom etiske komiteer.

3.5 Kildekritikk.

Ved bearbeidelse av data er det viktig at dataene er relevante for problemstillingen, dette vil redusere risikoen for feiltolkninger hos leseren(Dalland, 2000).

Artiklene jeg fant i Tidsskriftet for Den Norske Legeforening er artikler som gir meg relevant informasjon, men som samtidig ikke kommer til å ta en stor del i oppgaven. Selv om Tidsskriftet.no først og fremst er rettet mot leger, benytter jeg artiklene jeg fant fordi de vil belyse og besvare noen av spørsmålene i oppgaven. Et hefte om depresjon hos geriatriske pasienter vil bli brukt i oppgaven. Heftet er fra 1995, noe som overskrider den tidsbegrensingen jeg har satt meg på 10år. Artikkelen til Reker (1997) overskrider også min tidsbegrensing, men grunnet artikkelens og heftets relevans for oppgaven har jeg valgt å ta med disse. Det er også i artikkelen til Reker (1997), som er en kvantitativ artikkel brukt kvalitative begreper, som existential variables, som ikke passer inn i en kvantitativ artikkel.

Ellers har jeg valgt meg ut artikler som er fagfelleurdert og referigodkjent og lest gjennom disse. Jeg har også valgt de artiklene som har størst relevans for problemstillingen og som jeg mener kan gi meg en større innsikt og forståelse for det jeg undersøker.

4.0 Presentasjon av forskningsartikler.

Dwyer Lise-Lotte, Nordenfelt Lennart, Ternestedt Britt-Marie (2008). Three nursing home residents speak about meaning at the end of life:

Denne artikkelen gir en dypere forståelse for hvordan mening kan bli skapt i hverdagen på et sykehjem. Dette er basert på en opprinnelig studie angående verdighet som involverer 12 eldre mennesker som bor på to sykehjem i Sverige. En sekundær analyse ble gitt ut på data fått fra tre av de opprinnelige deltakerne som ble intervjuet over en periode (18-24 måneder), med totalt 12 intervjuer gitt med bruk av en induktiv hermeneutisk tilnærming.

Reker T, Gary (1997). Personal meaning, optimism, and choice: Existential predictors of depression in community and institutional elderly:

Den psykososiale modell for mental helse i denne studien foreslår at depresjon hos eldre kommer fra tap av selvfølelse, tap av meningsfulle roller, tap av nære andre og redusert sosial kontaktflate.

Studien undersøkte det unike, kombinerte og interaktive bidrag av eksistensielle variabler (personlig mening, valg/ ansvar og optimisme) og tradisjonelle målinger (sosiale ressurser og fysisk helse) som årsak til depresjon hos institusjonaliserte og kommunalt bosatte (dvs eldre bosatt i egen bolig) eldre voksne, gj. snitts alder 77.8 år.

Stordal, Eystein (2005). Depresjon øker med alderen:

Psykiater Eystein Stordal har bygget sin doktoravhandling, *Aspects of the epidemiology of depressions based on self-rating in a large general health study*, på selvrapportert depresjon fra 60 000 personer i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 2) fra 1995-97.

Artikkelen tar også utgangspunkt i HUNT 2 når det gjelder forekomsten av depresjon hos to ulike aldersgrupper. Den ene aldersgruppen er 20-29 år og i den andre gruppen er personene over 80 år, disse to gruppene blir sammenlignet når det gjelder forekomst av depresjon.

Hovdenes Gørill Haugan (2002). Pleier- pasient- relasjonen i sykehjem – tilintetgjørelse eller virkeliggjørelse:

Denne studiens metodiske tilnærmingen er kvalitativ og forfatteren spør seg hvilke faktorer som kan bidrar til at pasienten kan oppleve å ha et meningsfullt liv i en sykehjemssituasjon.

Slik kunnskap er viktig for å kunne bedre kvaliteten og det etiske når en utøver sykepleie i sykehjem. 17 dybde intervjuer med 9 pasienter ved et sykehjem er basisen for forfatterens datasamling. Studien har inkludert syv kvinner og to menn, med en gjennomsnittsalder på 79 år. Fokus for samtalene var mening, likevel inneholder materialet mange beskrivelser av det meningsløse.

Engedal Knut (2003). Etter 70 er alt trist og leit.

Det blir i denne artikkelen sett på forekomst og årsaker til depresjon hos eldre. Artikkelen belyser også det problemet at depresjon hos eldre er underdiagnostisert og underbehandlet.

Forfatteren har sett på 55 internasjonale undersøkelser i tidsrommet 1990-2001 som konkluderer med at forekomsten av depresjon blant personer over 65 år er hele 19 %, forekomsten er dobbelt så høy blant eldre i sykehjem og i sykehusavdelinger.

Westin Lars, Danielson Ella (2007). Encounters in Swedish nursing homes: a hermeneutic study of residents' experiences.

Dette er en rapport av en studie for å belyse og klargjøre betydningen av opplevelsene beboerne har i møte med sykepleierne. Et stort antall eldre har en sykdom som gjør at de er avhengige av hjelp fra

andre i dagliglivet. Disse eldre trenger ofte pleie på sykehjem. Det blir antatt møtet mellom sykepleieren og beboeren er viktig for hvordan beboeren opplever pleien i sykehjem. 12 beboere fra tre sykehjem i Sverige ble intervjuet fra 2004 – 2005 om deres opplevelser i møte med sykepleiere. En hermeneutisk metode ble brukt til å beskrive og tolke betydningen av beboernes opplevelse. Tre temaer kom fram: Å være noen, og ikke være noen og å være en del av et fellesskap. Å være noen besto av fire undertemaer: Å bli sett, å bli bekreftet, å bli respektert og å bli påvirket. Og ikke være noen besto av tre undertemaer: Å ikke bli bekreftet, å ikke bli respektert og å ikke bli sett og bli utelatt fra ting. Å være en del av et fellesskap besto av to undertemaer: Å dele hverdagen med noen og å leve livet meningsfylt.

5.0 Drøfting.

Mitt hovedfokus i denne oppgaven er å få en større innsikt og forståelse for hvordan sykepleiere kan bidra til at eldre deprimerte i sykehjem kan oppleve mening i hverdagen.

Tre av studiene jeg har valgt er skandinaviske. Den fjerde studien er en amerikansk kvantitativ studie. De tre skandinaviske studiene er kvalitative. Til tross for ulike metoder og at studiene har ulike antall informanter er det noen fellestrekk hos disse studiene. Studien omhandler sykehjem, hvor den kvantitative også ser på kommunalt bosatte samtidig som institusjonalisert bosatte. De kvalitative studiene ser på begrepet mening hvor den ene samtidig ser på motparten til mening - det meningsløse.

5.1 Å skape mening gjennom gode relasjoner til sykepleierne.

Studien til Stordal (2005) viser at det er blitt rapportert at risikoen for depresjon øker med alderen, også etter at man har korrigert for somatisk sykdom og andre faktorer som kan påvirke den psykiske helsen. Studien til psykiater Eystein Stordal tar utgangspunkt i HUNT 2 når det gjelder forekomsten av depresjon hos to ulike aldersgrupper. Den ene av de to aldersgruppene var 20-29 år og den andre gruppen var over 80 år. Hos den yngste gruppen rapporterte 4 % om depresjon, hos de over 80 var hele 20 % deprimerte.

I studien til Reker (1997) kommer det frem at institusjonaliserte eldre var betydelig mer deprimerte, hadde en lav følelse av personlig mening, hadde mindre valg og ansvar, var mindre optimistiske, hadde færre betydningsfulle sosiale kontakter og hadde dårligere psykisk helse. Studien forteller videre at det å ha en grunn for å eksistere var noe av det som kunne bidra til fravær av depresjon hos

eldre i institusjon.

Det blir regnet med at om lag 30 prosent av alle pasienter innlagt i sykehjem har depressive symptomer. Det ser ut til at somatisk sykdom, funksjonssvikt, tap av autonomi og institusjonalisering disponerer for depresjon(Engedal, 2008).

Studien til Dwyer, Nordenfelt & Ternestedt, (2008) viser at en del eldre savnet den daglige kontakten og samtalene med andre og at opplevelsen av mening i hverdagen på et sykehjem ble skapt gjennom kommunikasjon, indre dialog og relasjoner til andre mennesker. Dwyer et al., (2008) forteller videre at utilstrekkelig dialog med helsepersonell førte til at pasientene opplevde og ikke bli involvert i hverdagen. Det syntes som om hverdagen ble kontrollert av rutinene til helsepersonellet mer enn beboernes behov. Studien viste at i møte med beboernes behov og deres skapelse av mening hadde helsepersonellet et etisk ansvar som innebar å lytte og å engasjere seg i dialog med beboerne. En slik dialog kunne være en viktig begynnelse og en betingelse for person – fokusert og individualisert pleie.

I studien til Dwyer et al. beskriver en av beboerne hverdagen på sykehjemmet som et "ikke liv": *I want my life to end now. I can't feel at home here; I never have done and I never will. No one talks to me except for you. No one has time for us, but that's how it is getting old: they don't want to know in some strange way. Maybe they think we're from outer space, I don't know. I've told you before that if there was only some warmth and dignity in this care then maybe it could be called care, but there is no warmth or dignity. I have my books and sometimes I watch TV but I can't turn it on or off so that's whenever they feel like doing it"* (2008, s.102).

Det kom også frem i studien til Dwyer et al., (2008) at opplevelsen av mening ble skapt gjennom å føle at noen trengte en, at en betydde noe og at en tilhørte noe eller noen.

En del eldre har vansker med å uttrykke seg, dette kan komme av usikkerhet, tilbakeholdenhet, forvirring eller mer omfattende ting som sansetap og hukommelsestap. Den eldres liv, sosialt, psykisk og mening står på spill når han ikke lenger klarer å uttrykke seg godt nok. Sykepleier kan neppe gjøre noe viktigere enn å engasjere seg i stadig å øke sin evne til god kommunikasjon med den eldre, dette vil kunne påvirke brukerens livskvalitet og selvopplevelse(Heap, 2000).

Den deprimertes oppfatning av sykepleieren dannes gjennom hvordan sykepleier kommuniserer. Sykepleierens grunnleggende intensjoner og hennes oppfatning av pasienten vil bli kommunisert i sykepleiesituasjonen. Den deprimerte pasienten vil raskt oppfatte om sykepleieren interesserer seg for hans situasjon og om hun oppriktig ønsker å hjelpe. Det vil i møte med den deprimerte være avgjørende at sykepleier interesserer seg for hans situasjon og har et genuint ønske om å hjelpe, slik at pasienten kan oppleve å finne mening i sin lidelse(Travelbee, 2001).

Hovdenes (2002) fant at relasjon innebar å være forbundet med, være knyttet til andre med usynlige bånd. Forfatteren skriver videre at tilhørighet og tilknytting er det mest grunnleggende ved eksistensen som menneske, mer enn individuell selvutfoldelse og at det finnes gode forskningsbaserte argumenter for dette. At den deprimerte opplever slike livsbekreftende erfaringene, vil kunne nære livsmotet, gi glede og opplevelse av mening i livet. Sykepleier kan om ikke "gi" mening til den deprimerte allikevel kunne hjelpe han å finne mening.

Meningsopplevelsen skapes i relasjon til pårørende, medpasienter, Gud og pleiere. Jeg ser kun på pleier – pasient relasjonen, og det er også denne som fremstår som særlig betydningsfull og avgjørende, da de fleste kontakterfaringer til sykehjemspasientene skjer her(Hovdenes, 2002). Viktor E. Frankl (1992) skriver at meningen med livet varierer fra menneske til menneske, fra dag til dag og fra time til time. Av denne grunn er det ikke meningen med livet generelt som gjelder, men heller den spesifikke meningen i livet til en person ved et gitt tidspunkt.

Studien til Hovdenes (2002) viser til Bubers grunn – ord "Jeg – Du og "Jeg – Det", og at disse grunn – ordene avspeiler grunnleggende eksistensielle behov som blant annet behov for tilknytning og tilhørighet. Buber i Hovdenes (2002) sier videre at det vil være uetisk å ha et jeg – det forhold til mennesker. Dette er et forhold man bør ha til ting, ikke mennesker. Et slikt forhold vil gjøre den deprimerte passiv og han vil bli en mottakende part.

I møte med mennesker bør det være et jeg – du forhold. Og i møte med den deprimerte pasienten vil det være viktig at sykepleier er oppmerksom på det særskilte ved denne situasjonen og dette møtet(Brinchmann, 2005).

Dwyer et al., (2008) fant at deltakernes opplevelse av mening i dag ikke var særlig ulik opplevelsen av mening tidligere i livet. I dag som før hadde deltakerne behov for å føle at noen trengte en og føle at en tilhørte noe eller noen, samtidig som at det var viktig å kunne kommunisere med og ha et forhold til andre.

I studien til Westin og Danielson, (2007) finner vi at beboernes forhold til og møter med sykepleierne gav mening i hverdagen. Slike møter mellom sykepleier og pasient førte også til at pasientene ble mer aktive i hverdagen på et sykehjem, samtidig som disse møtene hadde betydning for pasientenes psykiske og fysiske velvære.

Det kommer frem i denne studien hvor viktig sykepleierne var for beboerne og at de inspirerte beboerne til å bli mer aktive i hverdagen. Et utsagn fra en beboer forteller hvor viktig møtene mellom sykepleiere og beboere kunne være: *"Obviously they have a meaning – if I did not have those encounters, then I would not have anything to fill my days with"*(Westin og Danielson, 2007 s.177).

Det kommer som nevnt frem i studien til Reker (1997) at institusjonaliserte eldre var betydelig mer deprimerte, og at de hadde færre betydningsfulle sosiale kontakter.

Mange eldre opplever og stadig miste flere av sine nærmeste. Ektefelle og venner dør. Noen opplever å være ensomme. Da mange av de eldres sosiale kontakter hovedsakelig skjer gjennom møter med sykepleierne, vil det være svært viktig at sykepleierne tar dette alvorlig og gir støtte og viser forståelse for den eldre deprimertes tilstand (Karoliussen og Smebye, 2000).

Selv om ikke sykepleierne kan "gi" den deprimerte eldre mening, kan de hjelpe ham til å finne mening i hverdagen. For at sykepleiere skal kunne bidra til at den eldre deprimerte opplever mening i hverdagen på et sykehjem, vil sykepleierne blant annet måtte sørge for at den eldre deprimerte har noen å kommunisere med og at han har relasjoner til andre mennesker. I denne oppgaven vil relasjonen til andre være den kontakten den eldre deprimerte har med sykepleierne. Gjennom tilstrekkelig dialog med sykepleierne vil den eldre deprimerte kunne oppleve å bli involvert i hverdagen. Hovdenes (2002) skriver at tilhørighet og tilknytting er det mest grunnleggende ved eksistensen som menneske. Relasjonen den eldre deprimerte har til sykepleierne vil kunne føre til at han opplever mening i hverdagen på et sykehjem. Dette samsvarer også med det som kommer frem i studien til Reker (1997), som er at opplevelsen av å eksistere som person avhenger av relasjonene beboeren har til andre. I dette tilfelle relasjonene den deprimerte har til sykepleierne på et sykehjem, disse relasjonene vil spille en viktig rolle for at den deprimerte skal kunne oppleve å eksistere som person.

Travelbee (2001) skriver at et menneske – til – menneske forhold etableres gjennom kommunikasjon, og det er gjennom dette menneske – til – menneske forholdet at sykepleier kan oppfylle sykepleiers mål og hensikt. Det vil være gjennom et menneske – til – menneske forhold at sykepleier kan hjelpe den eldre deprimerte med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og å hjelpe han til å finne mening i hverdagen. Travelbee (2001) skriver også om sympati og medfølelse som kan sies å være et resultat av empatiprosessen og at det ved sympati og medfølelse foreligger en grunnleggende trang til eller et ønske om å lindre plager. Videre skriver hun at en gjennom sympati og medfølelse tar del i andres følelser og opplever medlidenhet. Gjennom gode relasjoner til den deprimerte kan sykepleierne ta del i den deprimertes følelser og kunne oppleve medlidenhet. Det at sykepleierne har et ønske om å lindre den deprimertes plager vil kunne bidra til at den deprimerte opplever mening i hverdagen

5.2 Å bekrefte og respektere den deprimerte og ivareta hans autonomi.

Artikkelen til Engedal (2003) forteller at forekomsten av depresjon blant personer over 65 år er hele 19 % og at forekomsten er dobbelt så høy blant eldre i sykehjem og i sykehusavdelinger.

Engedal(2008) skriver også at det er hevdet at depresjon hos eldre er underdiagnostisert og underbehandlet. Sykepleiere har en viktig rolle og kan bidra til at eldre deprimerte opplever mening i hverdagen. Sykepleiere kan gjennom bekreftelse av den deprimerte og respekt for den deprimerte bidra til at han opplever mening i hverdagen. Dette går frem av artiklene nedenfor.

Studien til Westin og Danielson (2007) forteller at følelsen av å være noen ble tolket som følelsen av og eksistere som person på et sykehjem. Det å være noen omfattet også opplevelsen av å bli verdsatt og respektert som en unik person med en personlig historie som var verdt oppmerksomhet. Selv om kontakten sykepleier hadde med beboeren var kort var den likevel viktig. Opplevelsen av å bli spurt hvordan en hadde det, bidro til at beboeren opplevde at noen brydde seg om hvordan han hadde det og kunne gi en positiv følelse. Videre i studien til Westin og Danielson (2007)kommer det frem at det å bli respektert ble beskrevet som å føle seg verdsatt. Selv om beboerne opplevde seg selv som syke og var i dårlig humør, følte de seg respektert av sykepleierne. Dette betydde at noen av beboerne følte seg respekterte selv om de hadde en dårlig dag. En annen type respekt som ble nevnt var at sykepleierne tok seg tid til å spørre en ekstra gang om det var noe mer beboeren ønsket før de forlot rommet. Westin og Danielson (2007) forteller også at beboerne hadde følt at de i ulike situasjoner ikke ble respektert av og lyttet til av sykepleierne. Noen ganger handlet også sykepleierne imot beboernes vilje.

Dwyer et al., (2008) fant at sykepleiere spiller en viktig rolle når det gjelder personfokuset pleie i sykehjem. Sykepleierne skapte omgivelser som ivaretok selvbilde, verdigheten og identiteten til pasientene. Det var viktig at sykepleier lyttet, kommuniserte og respekterte pasientene for hvem de var. For at en slik personfokuset pleie skulle kunne gjennomføres var det viktig at sykepleiere kjente til hvilke tidligere meningsfulle opplevelser pasienten hadde hatt og at sykepleierne lytthet med åpenhet og respekt. Studien til Dwyer et al., (2008) avslører blant annet at pleiekulturen og sykepleiernes holdning kunne både hindre og fremme beboernes opplevelse av mening.

Skal en kunne respektere en person må en betrakte han som enestående, med egne tanker, følelser, og meninger, ikke lik noen andre. Å respektere en persons egenverd vil si at en betrakter han som verdifull i kraft av at han er et menneske. Det er mange måter å gi uttrykk for omsorg og respekt på. Ved at sykepleier viser interesse for pasientens opplevelse av situasjonen vil pasienten oppleve å bli tatt på alvor og at han blir respektert(Kristoffersen m.fl.2005a).

Videre i studien til Dwyer et al., (2008) kommer det frem at noe av det som fremmet mening hos beboerne var at de ble bekreftet av de rundt dem. Dette samsvarer med studien til Westin og Danielson (2007) hvor det også kommer frem at det å bli sett og bekreftet av sykepleierne kunne gi følelsen av å eksistere som person i sykehjem, og at slike positive møter mellom sykepleier og beboerne bidro til at beboerne kunne oppleve å ha et meningsfylt liv.

I studien til Hovdenes (2002) kommer det frem at opplevelsen av håp og mening i livet og menneskets helse og integritet var avhengig av at avgrensethet/autonomi og tilknytting/avhengighet var oppfylt samtidig. Travelbee (2001) skriver at håp er noe som gjør mennesker i stand til å mestre vonde og vanskelige situasjoner som blant annet tap, tragedier, nederlag og lidelse. En håper at livet vil endre seg på en eller annen måte, det vil bli mer behagelig, mer meningsfylt eller gi større glede. Travelbee (2001) skriver også om mening og at mening er den grunnen eller årsaken den enkelte tilskriver de enkelte erfaringene her i livet. Det kommer videre i studien til Hovdenes (2002) frem at sykepleiere på et sykehjem burde ha fokus på at pasientens autonomi ble respektert og ivaretatt samtidig som hans behov for tilknytning ble ivaretatt. Med autonomi menes at pasienten skal ha rett til å bestemme selv over det som er nært og angår ham (Molven, 2006).

Hovdenes (2002) forteller også at gjennom bekræftelse kunne beboerne komme i kontakt med seg selv og få et forhold til seg selv og det at sykepleierne hadde kontakt med beboerne ville bety at hun var sanselig til stede. Vi berører hverandre sanselig med våre uttrykk som blikket, stemmen, holdningene, ordene, tonefallet, hendene og kroppen. Studien til Hovdenes (2002) forteller videre at bekræftelse er en særlig virksom omsorgshandling som muliggjør beboernes vekst i lidelse, sykdom og funksjonstap. Eide og Eide (2007) skriver at bekræftende kommunikasjon kan defineres som ferdigheter som formidler i ord at man har sett og forstått det sentrale i det den andre formidler. Det vil være bekræftende i seg selv å bli sett og forstått. Sykepleier vil gjennom bekræftende kommunikasjon kunne gi den deprimerte følelsen av å bli sett og forstått, dette kan bidra til at den deprimerte opplever mening i hverdagen på et sykehjem.

Det å bekrefte den deprimerte i situasjoner gjennom øyekontakt, handling eller språk vil være viktig og kan bidra til at pasienten kan finne mening. Ved at sykepleier anerkjenner den deprimertes følelser og responderer ut fra dette, altså bekrefter hans opplevelser, vil dette kunne bidra til at han føler seg levende og bekreftet. Det vil også være viktig at den eldre deprimerte i samtaler blir oppfattet som et subjekt i stede for et objekt. Det er mange eksempler på interaksjonsformer hvor likeverdigheten mangler. Blant annet er faren for dette svært stor i demensomsorgen, det er ulike grunner for dette (Jakobsen, 2007).

Hos noen eldre deprimerte vil tilstanden forveksles med demens siden svekket konsentrasjonsevne

er normalt hos deprimerte og hukommelsesbesvær er en følge av svekket konsentrasjonsevne (Gulmann & Voldsgaard, 2006).

Ved at sykepleierne viser at de verdsetter og respekterer den eldre deprimerte, og fokuserer på at hver pasient på et sykehjem er en unik person med en personlig historie, vil dette kunne bidra til at den eldre deprimerte sitter igjen med en positiv følelse og at han opplever mening i hverdagen.

Travelbee (2001) skriver at når en sykepleier skal hjelpe den syke og lidende med å finne mening, kreves det at hun har et bestemt menneskesyn, dette synet må gjennomtrengte all hennes kontakt med andre. Et slikt syn går ut på at hvert enkelt menneske har verdighet og egenverd i kraft av å være menneske.

Sykepleierne bør vise en genuin interesse for den eldre deprimerte, noe som blant annet innebærer å kjenne til hva som har vært viktig for ham tidligere, altså jobb, familie, venner og interesser. Dette kan bidra til en bedre kontakt mellom sykepleier og den eldre deprimerte, og kan også føre til at han får følelsen av å være noen, at han er viktig og respektert. Opplevelsen av å bli spurt hvordan han har det og å få gi uttrykk for sine følelser vil kunne være positivt for den eldre deprimerte og kan føre til at han opplever mening i hverdagen. I en travel hverdag på et sykehjem kan den deprimerte oppleve at sykepleierne ikke respekterer og ivaretar hans autonomi. Dette kan bidra til at den deprimerte beveger seg i retning det meningsløse i stede for mening. Det kommer i studien til Hovdenes (2002) frem at "tilintetgjørelse" beskriver essensen når livet oppleves meningsløst. Hovdenes (2002) forteller videre at "tilintetgjørelsen" vil blant annet være at pasientens grenser krenkes og at det oppstår et "jeg – det – forhold hvor pasienten kjenner seg som en ting.

At sykepleierne ivaretar og respekterer den deprimertes autonomi vil kunne bidra til at den deprimerte opplever mening i stede for å bevege seg i retning det meningsløse.

6.0 Konklusjon.

Sykepleierne har en viktig funksjon når det gjelder å hjelpe og bidra til at den eldre deprimerte opplever mening i hverdagen på et sykehjem. Sykepleierne sin innsats og deres engasjement er viktig for hvor vidt den eldre deprimerte opplever mening. For mange av de eldre deprimerte i sykehjem er kontakten med sykepleierne viktig da de fleste kontakterfaringene til den eldre deprimerte skjer her. Sykepleierne må ta den eldre deprimerte alvorlig og gi støtte og vise forståelse for hans tilstand. Gjennom gode relasjoner og ved å bekrefte og respektere den eldre deprimerte kan sykepleierne bidra til at han opplever mening i hverdagen. Det vil også være viktig at sykepleierne ivaretar den eldre deprimertes autonomi i prosessen mot opplevelse av mening i hverdagen. Viktig er også at det ikke er depresjonslidelsen sykepleierne skal behandle, men at de har fokus på den eldre med depresjon og at det utøves god sykepleie i forhold til hans lidelse.

Referanseliste.

- Brinchmann, B. S. (2005). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berentsen, D. V. & Schirmer, H. (1995). *Depresjon hos geriatriske pasienter*: INFO- banken.
- Dalland, O. (2000). Kapittel 4 Hva karakteriserer en metode: *Metode og oppgaveskriving for studenter*. S71. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Forsberg, C., & Wengstrøm, Y. (2008). *At göra systematiska litteraturstudier*: Stockholm, natur och kultur.
- Frankl, V.E. (1992). *Man`s Search for Meaning. An introduction to logotherapy*. Boston: Beacon Press.
- Gulmann, N.C. & Voldsgaard, I. (2006). *Intellektuelle og mentale problemer*. I: Tuntland, H.(red.), *Sykdommer hos eldre*. (s.102-129). N.W: Damm & Søn.
- Heap, K. (2000). *Snakk med meg! Å Samtale med eldre*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Hummelvoll, J.K. (2005). Kapittel 7 Depresjon og sorg: *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. S171. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jakobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo: Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Karoliussen, M. & Smebye, K.L. (2000). *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. Kristoffersen, N. J. (red.), Nortvedt, F.(red), Skaug, E-A. (red.), (2005b): Kapittel 23 Teoretiske perspektiver på sykepleie: *Grunnleggende sykepleie bind 4*. S 13-99. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. Kristoffersen, N. J. (red.), Nortvedt, F.(red), Skaug, E-A. (red.), (2005a). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Molven, O. (2006). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen – Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Solomon, A. (2003). *En bok om depresjon, mørke midt på dagen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Travelbee, J. (2001). Kapittel 11 Sykepleieintervensjoner – å oppfylle sykepleiens funksjoner: *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. S228. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Internett.

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

Engedal, K. (2003). Etter 70 er alt trist og leit.[Elektronisk versjon].*Tidsskrift for Den Norske Legeforening* 123 (7) 915.

Hovdenes, G.H. (2002). Pleier- pasient- relasjonen i sykehjem – tilintetgjørelse eller virkeliggjørelse. [Elektronisk versjon]. *Vård i Norden* 22 (3) 21-26.

Reker, G.T. (1997). Personal meaning, optimism, and choice: Existential predictors of depression in community and institutional elderly.[Elektronisk versjon]. *The Gerontologist* 37 (6) 709-716

Stordal, E.(2005). Depresjon øker med alderen.[Elektronisk versjon].*Tidsskrift for Den Norske Legeforening*125 (12) 1618.

Westin, L. & Danielson, E.(2007). Encounters in Swedish nursing homes: a hermeneutic study of residents' experiences [Elektronisk versjon] *.Journal of Advanced Nursing* 60 (2) 172-180.