



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 64

Leveringsfrist: 17.02.2011 kl.14.00

Vurderingstype: Ordinær

(ordinær eller kontinuasjon)

Opplysningane finn du på StudentWeb under Innsyn – Vurderingsmelding

Fagansvarlig: Frode Skorpen

Stress og mestring ved Parkinson's sykdom



© www.parkinson.dk

Veileder: Frode Skorpen

Antall ord: 8002

Abstract

At any time 110 per 100 000 inhabitants in Norway are diagnosed with Parkinson's disease. As the average life expectancy increases, it looks like neurological disorders, such as Parkinson's disease, may have an increasing extent. According to this, it may look like nurses need better knowledge about this disease and its consequences on daily living.

The aim of this study is to identify the major stressors in Parkinson's disease, and to clarify how nurses can help resident's contribute coping, based on the disease related stressors.

The method in this study was a pre-defined literature review. The primary literature is based on qualitative and quantitative studies that have been found through scientific databases. The secondary literature is based on technical books.

The result shows that physical and social loss is stressors in the disease that requires coping in order to avoid further stress.

In accordance with relevant literature, the conclusion shows that nurses can promote coping by helping the resident's maintain physical, mental and social functioning. It may be advantageous that further researches on Parkinson's disease and its consequences is getting revealed.

Keywords: *Parkinson's, PD, stressors, coping, nursing, care home*

Sammendrag

Til enhver tid er 110 per 100 000 innbyggere i Norge diagnostisert med Parkinson's sykdom. Ettersom gjennomsnittlig levealder øker, ser det ut til at nevrologiske lidelser, som Parkinson's sykdom kan få et økende omfang. På grunnlag av dette kan det synes som om sykepleiere trenger bedre kunnskap om sykdommen og dens konsekvenser på dagliglivet.

Målet med denne studien er å identifisere de største stressfaktorene ved Parkinson's sykdom, og avklare hvordan sykepleiere kan hjelpe beboere til å mestre tilværelsen, basert på de sykdomsrelaterte stressfaktorene.

Metoden i dette studiet var en forhåndsdefinert litteraturstudie. Primærlitteraturen er basert på kvalitativ og kvantitativ forskning som har blitt funnet gjennom vitenskapelige databaser. Sekundær litteraturen er basert på fagbøker.

Resultatene viser at fysisk og sosialt tap er stressfaktorer ved sykdommen som krever mestring for å unngå ytterligere stress. For å dempe stress ved fysisk og sosialt tap er søvn og hvile viktig.

I henhold til relevant litteratur, viser konklusjonen at sykepleiere kan fremme mestring ved å hjelpe beboeren til å opprettholde fysisk, psykisk og sosial funksjon. Det kan være fordelaktig at videre forskning på Parkinson's sykdom og dens konsekvenser blir utført.

Nøkkelord: *Parkinson's, PS, stressfaktorer, mestring, sykepleie, sykehjem*

Innhold

| | |
|--|----|
| 1.0 Innledning..... | 1 |
| 1.1 Presentasjon av tema og problemstilling | 1 |
| 1.2 Valg av tema og problemstilling | 1 |
| 1.3 Avgrensning og presisering av valgt problemstilling..... | 1 |
| 1.4 Oppgavens hensikt | 2 |
| 1.5 Oppgavens oppbygning | 2 |
| 2.0 Teoretisk rammeverk..... | 4 |
| 2.1 Sykepleieteori..... | 4 |
| 2.1.1 Syn på mennesket..... | 4 |
| 2.1.2 Syn på stress og mestring | 4 |
| 2.1.3 Syn på sykepleie..... | 5 |
| 2.1.4 Syn på omsorg | 5 |
| 2.3 Sentrale begreper..... | 5 |
| 2.3.1 Kronisk sykdom | 5 |
| 2.3.2 Stress og mestring | 6 |
| 2.4 Parkinson's sykdom (PS) | 7 |
| 2.4.1 Generelt om PS..... | 7 |
| 2.4.2 Å leve med PS | 7 |
| 2.4.3 Sykepleie til pasienter med PS | 8 |
| 2.5 Den eldre på sykehjem | 9 |
| 3.0 Metode..... | 10 |
| 3.1 Hva er metode?..... | 10 |
| 3.1.1 Litteraturstudie som metode..... | 10 |
| 3.1.2 Sterke og svake sider ved litteraturstudie..... | 10 |
| 3.2 Valg av litteratur..... | 11 |
| 3.2.1 Fremgangsmåte for artikkelfunn | 11 |
| 3.2.2 Søketabletter – aktuelle funn | 11 |
| 3.3 Kildekritikk | 12 |
| 3.4 Ethiske overveielser | 13 |
| 4.0 Resultat/funn | 14 |
| 4.1 Aktuelle artikler..... | 14 |
| 4.2 Hovedfunn..... | 17 |
| 5.0 Diskusjon..... | 19 |

| | | |
|-----|--|----|
| 5.1 | Stress og mestring ved fysisk funksjon | 19 |
| 5.2 | Stress og mestring ved sosial funksjon..... | 22 |
| 6.0 | Konklusjon | 25 |
| 7.0 | Litteraturliste | 26 |
| 8.0 | Vedlegg | 28 |

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

”Hvordan kan sykepleier redusere opplevelse av stress, for å fremme mestring, hos pasienter med Parkinson’s sykdom?”

1.2 Valg av tema og problemstilling

Jeg har valgt Parkinsons sykdom som tema i min studie.

110 per 100 000 innbyggere i Norge er diagnostisert med Parkinson’s sykdom til enhver tid. De fleste av disse er over 70 år. Ettersom gjennomsnittlig levealder øker, ser det ut til at nevrologiske lidelser, som Parkinson’s sykdom kan få et økende omfang. På grunnlag av dette kan det synes som om sykepleiere trenger økt kunnskap om sykdommen og dens konsekvenser på dagliglivet (Kirkevold og Herlofson, 2008).

Siden jeg begynte på sykepleieutdannelsen i 2008 har jeg møtt flere pasienter med PS. Det er dette som har fått meg til å tenke på hvilke rolle jeg som sykepleier har i samhandling med denne pasientgruppen. Gjennom studierelatert sykehjemspraksis (2009) møtte jeg to beboere med denne sykdommen. Jeg har også blitt kjent med flere beboere med PS da jeg arbeidet på sykehjem i studietiden. Her jobbet jeg både som dag - og nattevakt. På denne måten fikk jeg mer innsikt i hvilke utfordringer PS- pasienter møter til døgnets ulike tider.

Ettersom jeg har erfart, synes det at sykdommens konsekvenser påvirker beboernes hverdag i vesentlig grad. Jeg vil derfor øke min faglige kompetanse på dette området, og se på hvilken måte jeg kan hjelpe dem til å redusere opplevd stress, for å fremme mestring av sykdommens følger.

Jeg valgte PS som tema fordi jeg det kan øke min faglige kompetanse i arbeid med denne pasientgruppen. Fordi jeg selv har hatt et tilfelle av PS i nær familie, drives jeg i tillegg av egen lyst til å lære mer om sykepleie til pasienter med denne sykdommen.

1.3 Avgrensning og presisering av valgt problemstilling

Jeg vil begrense omfanget av oppgaven ved å gå i dybden på de aspektene som øker stressopplevelse ved PS. Jeg vil se dette ut i fra pasientens perspektiv, og vil velge de aspektene som pasienter med PS ytrer som mest problematisk. Valgene jeg har foretatt meg

av fordypning på de ulike områdene vil derfor være basert på kvalitative og kvantitative studier.

Jeg vil avgrense oppgaven til å skrive om eldre pasienter med PS ved sykehjem. Med eldre pasienter, mener jeg pasienter i aldersgruppen 65+. Siden konteksten er basert på sykehjem, synes det å være naturlig at sykdommen er fra middels til moderat fremtredene, og at pasienten trenger tilrettelegging og pleie. Til tross for at pasienter ved sykehjem i hovedsak kalles beboere, vil jeg benytte både pasienter og beboere om hverandre i drøftingen. (Hauge, 2008).

Jeg ser at det å trekke inn pårørende kan være viktig for redusere opplevd stress og for å fremme mestring hos pasienten. Jeg utelukker likevel dette i oppgaven grunnet oppgavens omfang og ordbegrensning. Jeg vil tilføye at pasienten er uten mulighet for behandling av symptomer gjennom operasjon.

I tillegg vil jeg utelukke å fokusere på medikamentell behandling, fordi det viser seg at medikamenter generelt virker dårligere på PS etter hvert i sykdomsprogresjonen (Johansen, 2001). Jeg vil også utelukke å ha fokus på depresjon i drøftingen, fordi dette synes å være en naturlig del av sykdomsprosessen (Kirkevold og Herlofson, 2008).

I studiet vil jeg betegne Parkinson sykdom som "PS".

1.4 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å øke min faglige kompetanse til mennesker med parkinson sykdom. Jeg vil øke min kunnskap om hvordan Parkinsons sykdom virker inn på dagliglivet, og hvordan jeg som sykepleier da kan hjelpe pasienter til å redusere stress, for å mestre sykdommens utfordringer. I tillegg er hensikten med oppgaven å skrive en avsluttende hovedoppgave, bacheloroppgave, i sykepleie.

1.5 Oppgavens oppbygning

I teoridelen, kapittel 2, vil jeg ta for meg en utdypning av Benner og Wrubels sykepleieteori. Jeg vil deretter definere sentrale begreper som er relevant for oppgaven. Jeg vil også skrive litt teori om PS, å leve med PS, samt sykepleie til pasienter med PS.

I metoddelen, kapittel 3, vil jeg utdype metodebegrepet, vise fremgangsmåte for søk, og søketabeller for aktuelle artikler. Kildekritikk og etiske overveielser vil også være med i denne delen.

I Kapittel 4 vil jeg vise til de aktuelle studiene i oppgaven, og oppsummere hovedfunnene i disse.

I kapittel 5, vil jeg drøfte mestring av fysiske, sosiale funksjoner før jeg kommer med en konklusjon i kapittel 6. Til sist vil jeg legge ved en resultattabell for studiene som er brukt i oppgaven.

2.0 Teoretisk rammeverk

2.1 Sykepleieteori

Sykepleieteorier bevisstgjør hvordan sykepleier er og bør være i ulike situasjoner. I henhold til denne oppgaven har jeg valt Patricia Benner og Judith Wrubel som sykepleieteoretikere. Begge er sykepleiere og forskere, og har forsket på stress og mestring. Da mestring er hovedaspektet i problemstillingen, var det derfor naturlig å velge deres teori i henhold til min oppgave (Konsmo, 2003).

2.1.1 Syn på mennesket

Benner & Wrubel (2001) tar sterkt avstand fra det kartesianske menneskesynet som skiller ad kropp og sjel. Selv har de et holistisk (helhetlig) menneskesyn. Dette baserer seg på at kropp og sinn må sees i samspill med hverandre, og at de påvirker hverandre gjensidig. Holisme innebærer synet om at mennesket er et resultat av fysisk, psykisk, sosial, kulturell og åndelig dimensjon. Menneskesynet innebærer at mennesket må sees i sammenheng med sitt miljø, og at en alltid må innrette seg etter hele mennesket, selv når enkeltaspekter ved mennesket skal vurderes (Konsmo, 2003).

2.1.2 Syn på stress og mestring

Benner og Wrubel (2001) hevder at meningsløshet, eller manglende tilhørighet er de største farene for ineffektiv mestring. Dette viser at en følelse av mening og tilhørighet er grunnleggende for å mestre.

Mestring av stress og sykdom er en viktig del av Benner og Wrubels teori. De hevder mestring er det man gjør med stresset. Stress defineres av dem som en opplevelse av frykt som oppstår om man er i ferd med å miste, eller allerede har mistet det eller den som er viktig for vedkommende. Dette kan forekomme pga sykdom, død eller andre faktorer (Benner og Wrubel, 2001).

I følge Benner og Wrubel (2001) er det ikke noe fasitsvar på mestring. For å kunne hjelpe et individ til å mestre er det viktig å forstå hvordan pasienten selv opplever situasjonen. I tillegg må man også se hvilke muligheter og begrensninger pasienten selv opplever at han eller hun har. Om man ønsker å hjelpe pasienter til mestring, eller finne mening med situasjonen, er det i følge Benner og Wrubel (2001) viktig at man ser vedkommende som et subjektivt individ. Man må se hvilke muligheter og ferdigheter pasienten selv har.

2.1.3 Syn på sykepleie

Et mål for sykepleieren er at enkeltindividet skal mestre sin livssituasjon. Dette på tross av sykdom, lidelse eller tap. De viser til at det å forstå individuelle behov i ulike situasjoner danner grunnlaget for å handle rett. Benner og Wrubel mener det ikke er en mal for rett og god handling i ulike situasjoner, men at man må se dette behovet ut fra pasientens perspektiv (Konsmo, 2003).

2.1.4 Syn på omsorg

Benner og Wrubel (2001) definerer omsorg som ”å bry seg om”. I følge dem er det å bry seg om, og involvere seg i pasientene, en forutsening for at sykepleier skal forsøke pasientens opplevelse av en situasjon. På den måten kan sykepleier også kartlegge hvilke muligheter og begrensninger som finnes i situasjonen, samt hjelpe pasienten til å redusere opplevd stress, og fremme opplevd mestrin.

I følge Benner og Wrubel, sitert i Konsmo (2003), er målet med deres teori å vise at omsorg er av betydning for hvordan stress mestres ved sykdom. I tillegg er målet med teorien å vise at omsorg, det å bry seg om, er en hjørnestein for god sykepleiepraksis. De hevder at god omsorg kan ha innvirkning på sykdommens resultater og mestrin av den.

Omsorg kan være misforstått og undertrykkende. Den kan virke mot sin hensikt ved å hjelpe pasienter for mye i ulike situasjoner. På grunnlag av dette, krever omsorg en vurdering av pasientens egne ressurser og evne til egenomsorg (Benner og Wrubel, 2001).

2.3 Sentrale begreper

2.3.1 Kronisk sykdom

Strauss, et. al 1984:1, sitert i Gjengedal og Hanestad (2001, s 10), definerer kronisk sykdom som:

”Alle avvik fra det normale som har en eller flere av følgende karakteristika: er permanente, medfører varig funksjonshemming, er forårsaket av irreversible patologiske endringer, krever særskilte rehabiliteringsprogram og forventes å kreve langvarig veiledning, observasjon og pleie”

Benner og Wrubel (2001) skiller mellom begrepene ”illness” (lidelse) og ”disease” (sykdom). Illness representerer det ”å føle seg syk”, med andre ord opplevelse av tap og/eller feilfunksjon. Disease regnes som det ”å ha en sykdom”.

2.3.2 Stress og mestring

Benner og Wrubels teori om stress og mestring bygger på Lazarus og Folkman. Lazarus og Folkman sitert i Benner og Wrubel (2001) s. 83, definerer stress som;

”forstyrrelsen af meninger, forståelse og normal funktion, med opplevelse af skade, tab eller utfordring som følge, og der krevæs sorg, fortolkning eller erhvervelse af nye ferdigheter”.

I bokmålsordboken definerer Taule (1995, S. 235) stress som:

” Psykisk overbelastning”.

Lazarus og Folkman(1984) sitert i Gjengedal og Hanestad (2001, s 42) definerer mestring som

”Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å takle spesifikke ytre og/eller indre krav som oppleves som belastende, eller som overstiger ens ressurser og truer ens velvære”.

Deres definisjon viser at mestring er det man gjør med opplevd stress

Lazarus og Folkman (2006) bygger hovedsakelig på to de to følgende mestringsstrategier:

Problemfokusert mestring innebærer å endre stressfaktoren i en situasjon. Den tar sikte på å fremme handlingsmuligheter hos personen som vil kunne endre stresskilden. Personen vil prøve å finne årsakene til stresset, samt søke informasjon og støtte ved problemet (Lazarus og Folkman, 2006).

Emosjonsfokusert mestring innebærer å kontrollere ubehagelige følelser knyttet til en stressende situasjon. Dette kan gjøres ved å fortrenge og distansere seg fra situasjonen, samt unngå informasjon om situasjonen Denne mestringsstrategien tar ikke sikte på å endre situasjonen (Lazarus og Folkman, 2006).

Lazarus hevder at mennesker ofte ubevisst tar i bruk ulike mestringsstrategier, for å dempe stress. Han viser at ineffektiv mestring foreligger ved bruk feile strategier. Dette kan vises ved bruk av problemfokuserte strategier om situasjonen ikke kan endres, eller ved bruk av emosjonsfokuserte strategier om situasjonen kan endres. Ineffektiv mestring kan føre til økt stress (Hanssen, 2001).

2.4 Parkinson's sykdom (PS)

2.4.1 Generelt om PS

PS er en nevrologisk, progressiv og kronisk sykdom. Utløsende årsak til sykdommen er ikke kjent, men arv sies å være av betydning. Sykdomsdebut inntreffer oftest mellom 50- og 70-års alder. Kjønn er ikke av betydning. Man kan heller ikke forutse hvor store konsekvenser sykdommen kan få, da sykdommens forløp og utfall er ulikt fra person til person (Almås og Johansen, 2001, Karoliussen, 2000).

Ved PS er produksjonen av dopamin i hjernestammen nedsatt. Dopamin er et transmitterstoff. Dette innebærer at det er med på å overføre signaler fra en nervecelle til en annen. Mangel på dopamin er derfor utgangspunktet for de symptomer og følger PS fører med seg (Almås og Johansen, 2001).

2.4.2 Å leve med PS

PS kan opptre svingende. Symptomene kan variere fra dag til dag, og over tid. Hos enkelte er sykdomsprogressen raskt og symptomene blir mer fremtredene. Hos andre går utviklingen saktere (Herlofson og Kirkevold, 2008).

Motoriske symptomer ved PS er hypokinesi (nedsatt bevegelse) bradykinesi (langsom bevegelse), muskelrigiditet (spent muskulatur) og tremor (skjelving). Skjelvingen er til stede ved hvile, men avtar under søvn. Søvn er derfor en forutsetning for at musklene skal få hvile (Almås og Johansen, 2001).

Samlet vil motoriske symptomer gi pasienten ett karakteristisk utseende. I løpet av sykdomsprogressen kan motoriske symptomer vise seg som mimikkfattig ansikt, lutende gange og mangel på balanse (Almås og Johansen, 2001, Karoliussen, 2000).

Motoriske symptomer ved PS gir først og fremst utslag i finmotorikk. Etter hvert i sykdomsprogressen vil daglige gjøremål kunne bli vanskeligere for pasienten. Av- og påkledning og ivaretagelse av personlig hygiene kan bli et problem. Det kan ta opp til flere timer å gjennomføre. Dette fører til at slike sysler må påbegynnes tidlig for å bli ferdig innen rimelig tid. Avbrutt nattesøvn grunnet problemer med å snu seg i sengen kan også bli et problem. Pasienten kan også oppleve å bli psykisk og fysisk sliten, fordi bevegelser som tidligere gikk automatisk, nå krever aktiv tenkning. Symptomene ved PS kan også føre til sosial tilbaketrekning. Mange opplever sin fysiske tilstand som pinlig (Almås og Johansen, 2001, Karoliussen, 2000, Werdelin, 2006).

Karakteristiske ikke-motoriske symptomer ved PS er depresjon, søvnforstyrrelser og tretthet. Disse følgene kan være en naturlig del av sykdomsforløpet, men kan også forekomme grunnet sykdomsstress. De ikke-motoriske symptomene og følgene kan føre til at vedkommende mister interessen til å ivareta sine psykiske, fysiske og sosiale behov grunnet mangel på energi og nedstemthet. Dette vil kunne ha negativ påvirkning for pasientens evne til å mestre sykdommen følger (Almås og Johansen, 2001).

2.4.3 Sykepleie til pasienter med PS

Sykepleie til pasienter med PS bør tilrettelegges individuelt, etter hvor langt pasienten er kommet i sykdomsforløpet. Sykepleier bør i størst mulig grad ta hensyn til individuelle plager og behov. (Herlofson og Kirkevold, 2008).

Likeså er det enkelte aspekter ved sykdommen som bør ivaretas hos alle pasientene. Å ivareta pasientens energi er viktig ved PS. Tretthet kan forekomme fordi daglige gjøremål krever mye energi. I tillegg kan tretthet oppstå fordi pasienten konsentrerer seg ved sosialt samvær. Dette kan føre til at pasienter med PS blir fysisk og psykisk utmattet. På grunnlag av dette, er det viktig at sykepleier tilrettelegger for at søvn og hvile blir ivaretatt ved behov (Herlofson og Kirkevold, 2008).

Å ivareta kroppslig integritet ved PS er også viktig. Grunnet store variasjoner i sykdomsbildet fra dag til dag, og over tid, er det viktig å vurdere pasientenes sykdomsprogresjon og symptomer ofte. På denne måten kan sykepleier da tilpasse individuell sykepleie til PS-pasienten. Ved å vurdere sykdomsprogresjonen, kan sykepleier også finne ut hvilke ressurser som ligger til grunn for å fremme økt selvhjelp. Det er viktig at pasienten får være selvhjulpen i størst mulig grad for at gjenstående muskulatur og gjenstående funksjon ikke skal gå tapt (Herlofson og Kirkevold, 2008).

Fysisk aktivitet er viktig for at PS-pasienten skal opprettholde gjenstående fysisk funksjon. Å tilrettelegge for fysisk aktivitet kan hjelpe pasienten til økt kroppslig integritet. I tillegg bedrer fysisk aktivitet også søvn og hvile. Det er derfor viktig at sykepleier oppfordrer og støtter pasienten til å ha en aktiv tilværelse (Karoliussen 2000, Herlofson og Kirkevold, 2008).

Ved tap av balanse kan det være viktig at sykepleier lærer pasienten til å viljemessig svinge med armene. På denne måten vil balansen i større grad bli opprettholdt (Herlofson og Kirkevold, 2008, Karoliussen, 2000).

Å ivareta sosial integritet er også et viktig aspekt ved PS. Kontakt med andre pasienter i samme situasjon, kan oppleves som meningsfullt. Fordi symptomene for mange oppleves som sjenerende, er sosial tilbaketrekning og isolasjon utbredt ved PS. Dette viser at sykepleier i stor grad bør motivere/tilrettelegge for at pasienten ivaretar sosial integritet (Herlofson og Kirkevold, 2008).

2.5 Den eldre på sykehjem

Et sykehjem skal være både et hjem og en pleieinstans. Å skape et tilnærmet normalt hverdagsliv hos beboere på sykehjem, er viktig for en meningsfull tilværelse. Dette kan imidlertid være vanskelig å ivareta grunnet rutiner på sykehjemmet. Når rutiner styres av de ansattes arbeidstid, og når fysiske og psykiske behov ikke blir ivaretatt, grunnet mangel på tid, kan det medføre en lite meningsfull tilværelse for beboere (Norvoll, 2009).

I følge Hauge (2008) kan bruk av rutiner være negativt, fordi dette kan trekke oppmerksomheten bort fra ivaretagelse av psykiske aspekter. I tillegg kan det føre til at sykepleier overser individuelle behov hos beboere. Derimot kan rutiner på sykehjem sikre at beboeren får ivaretatt grunnleggende fysiske behov.

Kvalitetsforskriften skal sikre at pasienter (beboere) underlagt pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt grunnleggende behov. Det vektlegges at omsorg skal utøves med respekt for selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Kvalitetsforskriften skal sikre at sosiale behov blir ivaretatt i pleie- og omsorgsinstanser. Den skal sikre mulighet for fellesskap og sosiale aktiviteter. I tillegg skal den sikre individuell omsorg for fysiske behov. Dette innebærer at pasienten får tilpasset hjelp og har mulighet til å selv ivareta egenomsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003).

Det kan synes som om sosiale aspekter blir forsøkt opprettholdt ved sykehjem. Beboere blir ofte plassert i dagligstuen og blir i tillegg ”tvunget” til å delta i tradisjonelle aktiviteter som bingo og allsang. Sosialt fellesskap ved sykehjem avhenger i stor grad av de ansatte, og ofte er det dem som må ta initiativ til at samtaler og fellesskap blir opprettholdt. Å plassere beboere med likt funksjonsnivå eller like interesser med hverandre kan være avgjørende for deres opplevelse av sosial tilhørighet. På en annen side kan dette gjøre at de eldre ”speiler seg i hverandre”, noe som kan ha negativ innvirkning på selvfølelsen (Hauge, 2008).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

Tranøy (1985) sitert i Dalland (2007, s. 83) definerer metode som en tilnærming, eller en fremgangsmåte å resonnerer seg frem til kunnskap eller påstander, gjennom å samle inn data eller informasjon.

Vi skiller mellom kvalitative og kvantitative metoder (Dalland, 2007).

En kvalitativ metode er basert på intervjuer og tar sikte på å få mye informasjon av få undersøkelser. En kvantitativ metode tar sikte på å fange opp informasjon som lar seg tallfeste (måle). Ved bruk av en kvantitativ metode tar man sikte på å komme frem til en måling som viser prosentandel eller gjennomsnitt av en større mengde (Dalland, 2007).

3.1.1 Litteraturstudie som metode

Metoden i denne oppgaven er en litteraturstudie. Dette var forhåndsbestemt for oppgaven.

Et litteraturstudium innebærer systematisk søk, kritisk analyse, og deretter sammenligning av litteratur rundt en gitt problemstilling. For å utføre et systematisk litteraturstudium er det en forutsetning at det finnes nok litteratur og studier rundt det gitte området man skal drøfte. Oppgaven skal inneholde en klart formulert problemstilling. Det skal i tillegg vises tydelig hvordan man har kommet fram til relevant litteratur gjennom søk. I tillegg skal man også vise hvilke nøkkelord man har brukt under søket (Forsberg & Wengström, 2008).

3.1.2 Sterke og svake sider ved litteraturstudie

En sterk side ved å skrive en litteraturstudie er at det egner seg godt for å skrive om større emner innenfor et tema. I tillegg oppsummerer man forskning fra forskjellige forfattere/studier, og får frem en helhetlig oversikt over de undersøkte emnene (Dalland, 2007).

En svak side ved å skrive en litteraturstudie er at det kan være vanskelig å orientere seg i et stort omfang av litteratur. Det kan gjøre det vanskelig å få en oversikt over feltet man skal vurdere. Dette kan gjøre det vanskelig å finne helheten av utført forskning, og kan føre til at man overser viktige poenger, eller sider ved en sak (Dalland, 2007).

I tillegg kan svake sider ved metoden relateres til både produksjon og bruk av relevant forskning. Man må være observant på at forskeren kan ha gjengitt data upresist. Dette kan

være til fordel for ønsket resultat, eller grunnet misforståelser ved datainnsamling. Det gjelder særlig ved kvalitative metoder. Når man skriver en litteraturstudie må man derfor være observant på at kildene synes å være holdbare, gyldige og relevante. (se senere, Kap. 3.3). (Dalland, 2007).

En annen svak side ved litteraturstudie som metode, er at mangel på tilstrekkelig oppdatert forskning kan gjøre at man må velge å benytte seg av noe ”eldre” forskning (Dalland, 2007).

3.2 Valg av litteratur

Litteraturen jeg har brukt i denne oppgaven er hovedsakelig pensumbøker og forskningslitteratur.

3.2.1 Fremgangsmåte for artikkelfunn

Ved fremgangsmåte for søk og valg av litteratur har jeg brukt databaser via biblioteket sine sider på www.hsh.no. Databasene jeg har søkt i er: Proquest, Sve-med, Pub-med, Ovid, Cihnal, Science-direct og Medline. Tilfredsstillende søk ble imidlertid kun funnet gjennom CINAHL.

Ved søk brukte jeg relevante nøkkelord som: ”Parkinsons”, ”coping”, ”stressors”, ”symptoms”, ”nurs*”, ”patient”, ”experiences”, ”influence*”, ”chronic illness”, ”chronic disease”, ”stressors”, ”daily life”, ”living”, ”activities”, ”manage”, ”dependence”, ”nursing home”, ”care home”, ”resident”, og ”caring”. I tillegg har jeg kombinert disse for å komme frem til de mest aktuelle artiklene.

Til å begynne med fikk jeg frem flere artikler som så ut til å være relevante for min problemstilling. Ved en videre granskning fant jeg ut at flere av disse ikke var forskningsartikler, men irrelevante fagartikler. Disse ble derfor ekskludert. Utenom dette var ekskluderingskriterier hovedsakelig artikler som var eldre enn 10 år, samt artikler som omhandlet yngre mennesker (40-55år) med PS.

3.2.2 Søketabletter – aktuelle funn

Funn 1: Nedlastning CINAHL, 13.01.2011.

| <i>“Environmental influences on the experiences of people with Parkinson’s disease.”</i> | | |
|--|------------------|----------------------|
| Søk nummer: | Søkeord: | Antall treff: |
| S1 | Parkinson | 4755 |
| S2 | Daily life | 7495 |
| S3 | S1 AND S2 | 77 |
| S4 | Influence* | 50 347 |
| S5 | S1 AND S2 AND S4 | 4 |

Funn 2:Nedlastning: CINAHL, 12.01.2011.

| <i>“Living with Parkinson’s Disease: Elderly patients´ and relatives´ perspective on daily living.”</i> | | |
|---|------------------|----------------------|
| Søk nummer: | Søkeord: | Antall treff: |
| S1 | Parkinson | 5005 |
| S2 | Living | 37 300 |
| S3 | S1 AND S2 | 274 |
| S4 | Patient* | 436 825 |
| S5 | S1 AND S2 AND S4 | 52 |

Funn 3: Nedlastning: CINAHL 13.01.2011.

| <i>”Maintaining the square - how older adults with PD sustain quality in their lives”.</i> | | |
|--|------------------|----------------------|
| Søk nummer: | Søkeord: | Antall treff: |
| S1 | Parkinson | 4755 |
| S2 | Life | 97567 |
| S3 | S1 AND S2 | 438 |
| S4 | Maintain | 8064 |
| S5 | S1 AND S2 AND S4 | 9 |

Funn 4: Nedlastning: CINAHL, 14.01.2011

| <i>“Stressors, social support, coping and health dysfunction in individuals with Parkinson´s disease”.</i> | | |
|--|------------------|----------------------|
| Søk nummer: | Søkeord: | Antall treff: |
| S1 | Parkinson | 5005 |
| S2 | Coping | 14 362 |
| S3 | Stressors | 2286 |
| S4 | S1 AND S2 | 56 |
| S5 | S1 AND S2 AND S3 | 2 |

3.3 Kildekritikk

For å utøve kildekritikk må man ha kunnskap om det man skriver om. Man må finne frem til den litteraturen som er relevant for oppgaven. Kildekritikk går ut på å vurdere og karakterisere den litteraturen man har funnet. Vurderingene legger vekt på gyldighet, holdbarhet og relevans (Dalland, 2007).

Kildenes gyldighet: Artiklene kan påstås å være gyldige. Inkluderingskriterier var hovedsakelig artikler som var yngre enn ti år. Med unntak av Backer (2000) er ingen av artiklene mer enn ti år gammel. Jeg valgte likevel å benytte denne artikkelen fordi den var relevant for oppgaven og fordi den ikke var nevneverdig eldre enn ti år.

All faglitteratur jeg har benyttet er yngre enn 15 år.

Kildenes holdbarhet: Alle artiklene ble sjekket for metode, resultat, diskusjon, referanseliste. Artikkelen til Sunvisson og Ekman (2001) inneholder ikke diskusjonsdel. Likevel har jeg brukt denne artikkelen fordi hovedfunnene i studien viste seg å være relevant for min problemstilling.

I tillegg til å ha gransket artiklene, har jeg søkt i godkjente søkemotorer gjennom skolens bibliotek (J. fr. Kap. 3.2.1). Artiklene kan derfor synes å være holdbare.

Kildenes relevans: Kildene jeg har valgt til nå ser ut til å være relevante i forhold til min problemstilling. Sunvisson og Ekman (J.fr. 4.1) har tidligere skrevet forskning om PS. De resterende av forfatterne i mine aktuelle artikler, er som jeg kjenner til ikke kjent innen forskning på PS. Likevel har forfatterne en relevant, autorisert bakgrunn. Backer (2000) har bakgrunn som professor i sykepleie. Whitney (2004) har bakgrunn som spesialsykepleier ved nevrologisk avdeling, og er spesialisert i bevegelseslidelser. Forfatterne av studien til Wressle, et.al, (2007) er derimot miljøterapeuter. Studien er likevel blitt brukt i oppgaven, fordi innholdet var relevant for min oppgave.

Noe som kan trekke ned litteraturens relevans, er at det synes å være et gap mellom forskning på PS og sykehjem. Det ser også ut til at det finnes lite sykepleiefaglig forskning om PS. Dette nevnes også i forskningsartiklene (Sunvisson og Ekman, 2001, Whitney, 2004). Imidlertid ser jeg at endrede søkeord, og søk i andre databaser kunne gi et mer tilfredsstillende treff.

3.4 Etiske overveielser

Med unntak av studien til Backer (2000) er resterende artikler godkjent av en etisk komité. Til tross for dette har jeg likevel valgt å benytte Backer (2000). Dette fordi det foreligger informert samtykke i artikkelen, og fordi studiet er basert på frivillig deltakelse.

4.0 Resultat/funn

4.1 Aktuelle artikler

“Environmental influences on the experiences of people with Parkinson’s disease”

Studien til Sunvisson og Ekman (2001) baserte seg på en ukes opphold på fjellet sammen med andre personer med PS. Bakgrunnen for studien var å finne ut hvordan deltakerne håndterte hverdagen, før, under og tre måneder etter fjellturen.

Metoden som ble brukt var en kvalitativ fenomenologisk metode. Data ble samlet inn fra 11 deltakere. Gjennomsnittsalderen var 68 år, og gjennomsnittlig diagnosetid var 9 år. Av 12 deltakere lot 11 seg intervju. For å ivareta anonymitet presenterer studien alle deltakerne som kvinner, uavhengig av kjønn.

Eksklusjonskriterier var personer med PS over nivå tre på Hoehn & Yahr score¹.

Inklusjonskriterier var frivillig deltakelse, og at fysisk aktivitet ble utført minst en gang per uke. Det ble klarlagt at de som lot seg intervju kunne trekke seg når som helst.

Respondentene ble også garantert anonymitet.

Før fjellturen uttrykte deltakerne at vanskeligheter ved fysisk funksjon var en stressfaktor ved PS. Deltakere mente det var vanskelig å opprettholde sin tidligere fysiske tilstand. I tillegg førte begrensninger og svingninger i mobilitet til at deltakerne følte seg urettferdig behandlet og misforstått. De opplevde seg sliten fordi det hele tiden krevde aktiv tenking for å få til et bestemt gjøremål. Det ble opplevd som om sinnet manglet tanker og at kroppen var ute av kontroll. Studiet viser at tap av kroppslig kontroll er en stressfaktor ved PS som kan bedres ved å opprettholde fysisk aktivitet.

Sosial funksjon. Uforutsigbarhet i sykdomstilstanden opprettet usikkerhet i sosiale situasjoner. Dette gjorde det vanskelig for deltakerne å opprettholde sosialt liv. For å bevare sin status i sosiale sammenhenger holdt deltakerne tett om sine svakheter, når deres egentlige ønske var å bli forstått og akseptert tiltross for deres begrensninger.

¹ Hoehn og Yahr (1967) Femdelte skala for å beskrive sykdomsutvikling ved PS. Steg: (1) Symptomer kun ene siden av kroppen, (2) Symptomer, begge sider av kroppen. Balanse ikke svekket, (3) Moderat sykdom, noe svekket balanse, fysisk uavhengig, (4) sterk funksjonshemming, fortsatt i stand til å gå/stå på egenhånd, (5) Bundet til rullestol/sengeliggende. Sterkt behov for hjelp (Sunvisson og Ekman, 2001).

Under og etter fjellturen følte deltakerne at disse stressfaktorene ble bedret og at de hadde større mot til å takle sykdommens utfordringer. Bedret selvtillit grunnet fjellturen gjorde at deltakerne følte seg bedre rustet i forhold til sin sosiale funksjon. I studiet blir det påpekt at sosialt liv med andre PS-syke, fremmet verdifull kommunikasjon om utveksling av sykdoms opplevelse. Med en felles verden av meninger, ble en ny energikilde funnet som var med på å styrke deres evne til å mestre daglige utfordringer.

Studien ble godkjent for publisering i år 2000.

”Living with Parkinson’s Disease: Elderly patients’ and relatives’ perspective on daily living.”

Bakgrunnen til studien av Wressle, et. al (2007) var å finne ut hvordan PS påvirker pasienter og pårørende sitt dagligliv. Metoden som er brukt er kvalitativ.

Syv pasienter, tre menn og fire kvinner, ble intervjuet. Pasientene var mellom 64 og 77 år og hadde vært diagnostisert med PS mellom 2 og 5 år. Inklusjonskriterier for pasienter var frivillig deltakelse, god kognitiv funksjon og at den enkelte hadde typiske PS symptomer. Pasienter med fremtredene depresjon eller angst ble ekskludert.

Ni pårørende ble også intervjuet. Inklusjonskriterier for pårørende var frivillig deltakelse og god kognitiv funksjon. Pårørende som ikke bodde med pasienter med PS ble ekskludert. For å unngå etiske dilemmaer var i tillegg et eksklusjonskriterium at pårørende ikke var i relasjon med pasientene i undersøkelsen.

Pasientene i studiet opplevde tap av:

Fysisk funksjon: I studiet kommer det frem at dagligdagse gjøremål kan være komplisert. Håndarbeid, og det å kle på seg ble rapportert som vanskelig. I tillegg var frykt for å falle, en begrensning for deltakerne. Noe som førte til et stort tap av frihet. Frykt for å bli immobil i fremtiden så ut til å være en stressfaktor. I studiet kommer det frem at hjelp til selvhjelp er viktig for at pasienten skal bremse ytterligere funksjonstap, og for at vedkommende skal oppleve mestring.

Mangel på mental energi ble uttrykt av deltakerne i studien. Alle deltakerne snakket om tretthet og behov for hvile i løpet av dagen. Behov for søvn og hvile ble også nevnt som viktig for å fremme mestring, da tretthet har innvirkning på fysisk og emosjonell velvære.

Sosial funksjon: I studien kommer det også frem at deltakerne unngikk planlagte sosiale sammenkomster fordi det var lettere enn å måtte melde avbud. Pasientene unngikk også sosiale sammenkomster fordi de var flau overfor seg selv. Noen nevnte for eksempel at det å spise var vanskelig foran andre, fordi de sølte med maten. Noen av deltakerne unngikk å møte mennesker med samme lidelse, fordi det økte stresset om frykten for fremtiden. Andre mente dette hjalp dem i å håndtere egen sykdom

Studien er godkjent av en lokal etisk forskningskomité.

”Maintaining the square - how older adults with PD sustain quality in their lives”.

Bakgrunnen for studien til Whitney (2004), var å avklare hvilke felles praksis personer med PS hadde for å mestre og finne mening med sykdommen. Studien er basert på mennesker som lever vellykket med PS og fokuserte på å få frem hvilke aspekter som var viktige for å opprettholde kvalitet i livet.

Studien er en kvalitativ hermeneutisk metode. Inklusjonskriterier var at personene bodde hjemme, hadde vært diagnostisert med PS mellom ett og fem år, og at de hadde fått diagnosen etter 58 års alder. Potensielle begrensninger er at alle deltakerne kun ble intervjuet en gang. Dette fordi det å mestre kronisk sykdom er en prosess som i følge Whitney (2004) kunne endre seg over den tiden intervjuene strakk seg over.

Seks kvinner og seks menn ble intervjuet. Alle var mellom 64 og 84 år, og alle mottok hjemmesykepleie i varierende grad. Steg på Hoehn og Yahr skala var satt til minimum 2.

Frykt for fremtiden var overveldende for deltakerne i studien. Resultatene i studien viser at deltakerne mestret fysisk, psykisk og sosial funksjon ved å leve så normalt som mulig. En forutsetning for dette var blant annet å akseptere sine funksjonelle begrensninger, å delta i felles aktiviteter med andre, samt å fokusere på ”dagen i dag”.

Som et resultat av undersøkelsen vises det at sykepleier må bli kjent med sine pasienter for å fremme økt mestring. Dette er viktig for å kunne tilrettelegge for at pasienten opprettholder sitt tidligere livsmønster i størst mulig grad.

Studien er godkjent av en forskningsetisk komité ved universitetet studien er gjort ved.

“Stressors, social support, coping and health dysfunction in individuals with Parkinson’s disease”.

Bakgrunnen for studien til Backer (2000) var å belyse sykdomsrelaterte stressfaktorer ved PS. I tillegg ble det rapportert hvordan mestring og sosial støtte bedret psykiske og psykososiale aspekter hos disse individene. Metoden som ble brukt var kvantitativ, og baserte seg på åpne spørsmål.

Utvalget bestod av 70 menn og kvinner. Gjennomsnittsalderen var 64 år. Studiet er basert på frivillig deltakelse, og skriftlig samtykke ble innhentet.

Stressfaktorene ble identifisert ved åpne spørsmål. Disse la vekt på at deltakerne skulle (1) identifisere sykdomsrelaterte situasjoner/hendelser i løpet av siste måned, som forårsaket frykt og bekymring i forhold til mestring av PS, og (2) beskrive den mest bekymrende situasjonen/hendelsen av disse, samt hyppighet og varighet av denne.

I tillegg til dette ble deltakerne bedt om å identifisere i hvilken grad stress økte sykdommens symptomer.

Studiet viser til at tap av fysisk funksjon er en stor stressfaktor ved PS, som fører til problemer med å utføre dagligdagse gjøremål.

Synlige symptomer førte til tap av sosial funksjon, fordi de var flau over seg selv. Når stress oppstod økte symptomene, noe som også bidro til sosial tilbaketrekning.

Mangel på mental energi ble også nevnt, fordi det hele tiden krevde aktiv tenkning å utføre bevegelser.

Som et resultat av undersøkelsen kommer det frem at det å fokusere på å øke pasientens egne ressurser er viktig for å fremme mestring. I tillegg er det viktig å ta seg tid til å forstå pasientens ønsker, samt tilrettelegge for søvn og hvile. Studiet viser til at mangel på søvn og hvile kan påvirke evnen til å løse problemer. I tillegg viser studien til at stress kan øke søvnproblemer. Sykepleier har derfor en stor oppgave ved å dempe stress fordi når stress økte, økte også symptomene med inntil 50 %. Dette bidro til nedsatt fysisk funksjon og ytterligere sosial tilbaketrekning

Det kommer ikke frem i studien at den er godkjent av en offentlig komité.

4.2 Hovedfunn

Hovedfunnene i disse studiene kan synes å være preget av generalitet. Det kan trekkes paralleller mellom hovedfunnene i disse studiene og andre kroniske sykdommer.

Oppsummert viser hovedfunnene at fysisk og sosial funksjon kan være kilder til økt stressopplevelse. Likeså kan ivaretagelse av disse funksjonene dempe stressopplevelse og bidra til økt mestring. Deltakerne i studiene opplevde også mangel på mental og fysisk energi. Søvn og hvile kan i følge Backer (2000) ha stor innvirkning på stressopplevelse, og for hvordan fysiske og sosiale aspekter mestres ved PS. Dette viser at sykepleier har en stor utfordring i å dempe stress ved av fysiske og sosiale forhold. Å redusere opplevd stress, samt fremme mestring ved disse aspektene kan være viktig for å unngå ytterligere forverring av fysisk og sosial funksjon, og for å opprettholde disse funksjonene.

5.0 Diskusjon

”Hvordan kan sykepleier redusere opplevelse av stress, for å fremme mestring, hos pasienter med Parkinson’s sykdom?”

Hovedfunnene i forskning (Sunvisson og Ekman, 2001, Backer, 2000, Wressle, et.al, 2007) viser at fysisk og sosial funksjon er kilder til økt stressopplevelse ved PS. På den andre siden viser den samme forskningen at ivaretagelse av disse funksjonene kan redusere stressopplevelse og fremme økt mestring. For å redusere stressopplevelse ved disse aspektene krever det også ivaretagelse av mental og fysisk energi. Dette er i følge Benner og Wrubel (2001) i tråd med holistisk, helhetlig, tenkning (jfr. Kap. 2.1.1). Det viser at mennesket må sees i sammenheng med sitt miljø, og at kropp og sinn må ses i sammenheng med hverandre.

5.1 Stress og mestring ved fysisk funksjon

Etter å ha møtt beboere med PS i praksis, kan det synes som om tap av fysisk funksjon og nedsatt kroppslig kontroll, øker stressopplevelse ved sykdommen. Studiet til Backer (2000) og Sunvisson og Ekman (2001) underbygger dette. Begge studiene viser at mangel på kroppslig kontroll kan være en kilde til økt stressopplevelse hos personer med PS. Backer (2000) viser i sin studie også til at økt stressopplevelse ved PS, kan forverre symptomene ved sykdommen. Fordi symptomer ved PS i stor grad er motoriske, viser dette at redusert stressopplevelse og effektiv mestring er viktig. Dette for å unngå ytterligere forverring av fysisk funksjon (Almås og Johansen, 2001). Funnene i disse studiene tyder også på at det å opprettholde gjenstående fysisk funksjon og forebygge ytterligere funksjonstap, er en forutsetning for å dempe stressopplevelse ved PS (Backer, 2000, Johansen, 2001, Sunvisson og Ekman, 2001).

Kvalitetsforskriften § 3, viser til at brukere av pleie- og omsorgstjenesten har rett på individuell og tilpasset hjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Tilpasset hjelp innebærer at beboere med PS får mulighet til benytte egne ressurser ved dagligdagse gjøremål. Dette kan i følge Kirkevold og Herlofson (2008) forebygge at gjenstående fysisk funksjon går tapt. Sunvisson og Ekman (2001) underbygger også dette i sin studie, og hevder at tap av kroppslig kontroll er en stressfaktor som kan dempes ved å være i aktivitet. På grunnlag av disse påstandene kan det synes som om sykepleier må tilpasse omsorgen den enkelte, og unngå å bruke misforstått omsorg. Benner og Wrubel (2001) viser at dette er omsorg som virker mot sin hensikt. Ved å hjelpe pasienten for mye i ulike situasjoner, kan det i følge dem gjøre at beboerens egne ressurser og funksjoner går tapt. På grunnlag av dette bør

sykepleier gi individuelt tilpasset omsorg og fremme selvhjelp. Dette kan forhindre at beboeren opplever økt stress, ved at gjenstående funksjon går tapt (Almås og Johansen, 2001).

Herlofson og Kirkevold (2008) hevder at individuelt tilpasset omsorg og fremming av selvhjelp, krever at sykepleier vurderer beboerens evne til å utnytte egne ressurser. Studien til Whitney (2004) underbygger også dette. Hun hevder at det å bli kjent med sine pasienter er viktig for å identifisere aktiviteter som fører økt deltakelse i eget liv. Benner og Wrubel (2001) underbygger samme påstand. Dette viser at sykepleier må involvere seg i beboerens liv, for å finne ut hvilke muligheter og begrensninger som legger til rette for at den enkelte skal kunne være selvhjulp.

På en annen side kan det synes som om det å bli kjent med beboeren, ikke er nok for å kartlegge ressurser ved PS. Sunvisson og Ekman (2001) viser nemlig i sin studie til at svingninger i fysisk funksjon, gjorde at deltakerne følte seg misforstått. Dette til tross for hva de selv uttalte om sykdommens alvorlighetsgrad. Herlofson og Kirkevold (2008) poengterer også at funksjonsnivået ved PS kan variere fra dag til dag. Dette viser hvor viktig det er at sykepleier ikke tar for gitt at beboerens fysiske tilstand er konstant. I følge Hauge (2008) kan bruk av rutiner på sykehjem gjøre at sykepleier overser individuelle behov hos beboere på daglig basis. På grunnlag av dette bør sykepleier vurdere progressen i sykdommen ofte, og forhindre at rutiner skygger for at beboerens individuelle tilstand blir oversett (Norvoll, 2009). På den måten kan sykepleier sørge for at beboeren får individuelt tilpasset omsorg og hjelp til selvhjelp. Dette vil kunne fremme at beboeren får økt innflytelse og handlingsevne over eget liv. Dette er i tråd med Lazarus' og Folkmans (2006) teori om problemfokuset mestring. Om situasjonen kan endres til det bedre er det i følge dem en effektiv mestringsstrategi, som kan føre til redusert stressopplevelse ved PS.

For å unngå tap av fysisk funksjon, er også fysisk aktivitet viktig (Karoliussen, 2000). Av egen praksiserfaring kan det synes som om fysisk aktivitet på sykehjem er lite vektlagt, og at de ansatte sjelden tar seg tid til å gå en tur med beboerne. Dette underbygges av Norvoll (2009) som hevder at bruk av rutiner kan føre til at beboeres behov blir oversett. Dette kan i følge henne føre til en lite meningsfylt tilværelse. Fysisk aktivitet var i følge studien til Whitney (2004) viktig for en meningsfull tilværelse og for å fremme fysisk funksjon ved PS. Studiet til Sunvisson og Ekman (2001) viser det samme. Dette viser at sykepleier bør tilrettelegge for at beboere med PS skal ha mulighet for en aktiv tilværelse, og at rutiner ikke skal skygge for ivaretagelse av dette aspektet (Norvoll, 2009).

Karoliussen (2000) viser til at fysisk aktivitet kan bedre søvn og hvile ved PS. Selv om fysisk aktivitet kan bedre dette, kan for mye fysisk aktivitet føre til økt stressopplevelse ved PS. Dette underbygges av Sunvisson og Ekman (2001). De viser i sin studie til at deltakerne opplevde seg sliten fordi gjøremål som tidligere gikk automatisk nå krevde aktiv tenkning. Det ble opplevd som slitsomt å få kroppen ”med på lag”. Studien til Wressle, et.al (2007) underbygger samme påstand. Deltakerne i denne studien uttrykte også mangel på mental energi, og hevdet at dette hadde innvirkning på fysisk og emosjonell velvære. Werdelin (2006) viser til at motoriske tap fører til at alt går langsommere, og at daglige gjøremål krever mer tid og krefter enn tidligere. Samlet tyder dette på at behov for søvn og hvile er viktig for å redusere stressopplevelse og fremme mestring av fysisk funksjon. Dette viser at sykepleier bør tilse at beboere med PS har mulighet for å hvile ved behov. Dette underbygges av Herlofson og Kirkevold (2008). De viser til at ivaretagelse av pasientens energi er viktig for å fremme velvære ved PS. Søvn er en forutsetning for at musklene skal få hvile og kan dermed også fremme fysisk funksjon. Dette vil igjen kunne dempe stressopplevelse og fremme mestring ved PS (Almås og Johansen, 2001).

Tretthet og mangel på energi ved PS kan i følge Almås og Johansen (2001) gjøre pasienten initiativ løs og nedstemt. Det kan føre til at pasienten selv ikke makter å gjøre noe for å bedre sin fysiske situasjon, og at de heller distanserer seg fra den. Dette til tross for at det kan være mulig å endre situasjonen til det bedre. Dette er i følge Lazarus og Folkman (2006) i tråd med emosjonsfokusert mestring. Bruk av denne strategien når situasjonen likevel kan endres, tyder på feil bruk av mestringsstrategi. Dette kan i følge dem føre til økt stressopplevelse. For å forebygge bruk av emosjonsfokusert mestring (jfr, Lazarus og Folkman kap. 2.3.2) er det derfor viktig at sykepleier lar beboeren sove når vedkommende selv har behov for det. Dette er i tråd med kvalitetsforskriften § 3, som viser til at brukere av pleie og omsorgsinstitusjonen skal ha mulighet for selvstendighet og styring av eget liv i den grad det lar seg gjøre (helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Om søvn og hvile blir ivare tatt, kan pasientens fysiske og mentale energi endres til det bedre Dette kan igjen fremme initiativ og interesse for økt handlingsevne. Igjen vil dette kunne ha innvirkning på hvordan stress oppleves ved PS (Lazarus og Folkman, 2006, Backer, 2000, Johansen og Almås, 2001).

Dersom øket handlingsevne (problemfokusert mestring) likevel ikke er mulig, er det viktig at sykepleier hjelper beboeren med å ivareta sine behov og bryr seg om beboeren. Dette kan hjelpe beboeren til å akseptere sine begrensninger, noe som i følge studiet til Whitney, var en

forutsetning for å dempe stress. Benner og Wrubel (2001) viser også at det å vise omsorg er god sykepleiepraksis, som kan fremme mestring og redusere stressopplevelse ved sykdom.

Drøftingen i denne delen kan påstås å være i tråd med holistisk tenkning, hvor kropp og sinn påvirker hverandre gjensidig (Benner og Wrubel, 2001). Fysisk funksjon kan være en kilde til økt stress, mens økt stress kan være en kilde til forverring av fysisk funksjon (Backer, 2000). Å ivareta fysisk funksjon er dermed viktig for å redusere stressopplevelse og fremme mestring ved PS.

5.2 Stress og mestring ved sosial funksjon

Etter å ha møtt beboere med PS i praksis, kan det synes som om tap av sosial funksjon og sosial distansering øker stressopplevelse ved sykdommen. Studiet til Backer (2000) og Wressle, et.al (2007) underbygger dette. Begge studiene viser at sosial tilbaketrekning er utbredt ved PS, og at mangel på dette kan være en kilde til økt stressopplevelse hos denne pasientgruppen. Studien til Backer (2000) viste at opplevd stress økte symptomer med inntil 50 %. Dette bidro uten tvil til ytterligere sosial tilbaketrekning. Samlet, tyder dette på at sykepleier må tilrettelegge for at beboere med PS oppnår økt sosial kontakt.

Benner og Wrubel (2001) hevder at manglende tilhørighet og meningsløshet er en trussel mot mestring. Det tyder altså på at mangel på sosial kontakt og meningsfulle aktiviteter kan øke stressopplevelse. I følge Herlofson og Kirkevold (2008) er sosial tilbaketrekning og isolasjon utbredt ved PS. Synlige symptomer som sykdommen medfører oppleves for mange som pinlig. Særlig i sosiale sammenhenger. Av egen praksiserfaring har jeg også erfart at beboere med PS ikke ønsker å delta i sosiale sammenhenger på sykehjemmet. Det kan synes som om de ofte vil være for seg selv. Dette underbygges også av studiet til Wressle et.al (2007).

Deltakerne i studiet distanserte seg fra sosiale sammenkomster, fordi de opplevde synlige symptomer ved PS, som sjenerende. Distansering er i følge Lazarus og Folkman (2006) i tråd med emosjonsfokusert mestring. Det kan tyde på at deltakerne i studien til Wressle et, al. (2007) forsøkte å dempe stress og kontrollere negative følelser ved å la vær å oppsøke sosiale situasjoner. Dersom den enkelte beboer føler at distansering av sosial kontakt demper stressopplevelse, kan det være riktig at sykepleier respekterer beboerens valg om å trekke seg tilbake. Dette henger i tråd med kvalitetsforskriften § 3 som skal sikre beboere selvstendighet og styring over eget liv (helse – og omsorgsdepartementet, 2003). På en annen side kan det være lurt at sykepleier motiverer beboere med PS til å opprettholde en sosial funksjon. Studiet til Sunvisson og Ekman (2001) og Whitney (2004) viser nemlig at sosial kontakt var viktig

for en meningsfull tilværelse. I følge Benner og Wrubel (2001) er en meningsfull tilværelse viktig for å dempe stress og for å fremme mestring ved sykdom.

Studiet til Whitney (2004) tyder på at det å delta i meningsfulle gjøremål med andre var viktig for å redusere opplevelse av stress og for å mestre ved sosial funksjon. Studiet til Sunvisson og Ekman (2001) underbygger også dette. I studiet ble det vist at fysisk aktivitet sammen med andre, hadde positiv innvirkning på hvordan deltakerne mestret sosialt liv i etterkant. De uttrykte økt selvtillit og økt lyst til å delta i sosialt liv med andre etter fjellturen. For at beboere skal oppleve redusert stress ved sosialt liv kan altså en avgjørende faktor være økt følelse av kroppslig kontroll. J.fr drøfting, kapittel 5.1, kan opplevelse av økt fysisk funksjon være viktig for at beboere skal føle selvtillit (Sunvisson og Ekman, 2001). Dette kan gjøre at beboeren tør å nærme seg sosiale sammenkomster. På grunnlag av dette bør sykepleier tilrettelegge for økt fysisk aktivitet, slik at beboeren blir bedre rustet til å fremme sosialt liv. Ved dette bør sykepleier bli kjent med beboeren for å finne ut hvilke aktiviteter vedkommende tidligere har vært opptatt av. Studien til Whitney (2004) viser til at det å tilrettelegge for at pasienten opprettholder tidligere aktiviteter i størst mulig grad, er en viktig forutsetning for mestring. På denne måten kan sykepleier fremme mening hos pasienten, noe som kan være med på å redusere stress (Benner og Wrubel, 2001).

I studiet til Wressle et, al. (2007) uttrykte noen av deltakerne til at det å møte personer med samme lidelse hjalp dem i å håndtere egen sykdom. Å fremme sosial tilhørighet, med vekt på dette, kan derfor være viktig tiltak for å redusere opplevd stress hos beboere med PS. Til tross for dette funnet hevdet andre deltakere i studiet til Wressle et, al (2007) at de unngikk å møte mennesker med samme lidelse. Dette førte i følge dem til økt stressopplevelse. Hauge (2008) underbygger denne teorien og viser til at eldre mennesker ”speiler seg i hverandre” når de blir plassert i dagligstuen på sykehjem. På grunnlag av dette viser Hauge (2008) til at det kan være lurt å plassere mennesker med likt funksjonsnivå med hverandre. Hun viser til at dette kan være med på å fremme en følelse av sosial tilhørighet. Studien til Sunvisson og Ekman (2001) viser også dette. Deltakerne i deres studie uttrykte også at det å møte mennesker med samme sykdom, gjorde at verdifull kommunikasjon om sykdommen, fremmet en ny energikilde. Dette var i følge deltakerne med på å styrke deres evne til å mestre daglige utfordringer. At sykepleier tilrettelegger for at beboere med likt funksjonsnivå, sitter sammen på dagligstuen, kan dermed være avgjørende for å dempe stress ved sosial kontakt.

Behov for søvn og hvile kan også være avgjørende for redusert stressopplevelse ved sosial kontakt. Backer (2000) viser også i sin studie til at synlige symptomer som skjelving og nedsatt mimikk var pinlig i sosiale situasjoner. Mange av deltakerne reduserte derfor sine sosiale aktiviteter. Studiet til Sunvisson og Ekman (2001) kan også tyde på at sjenerende sider ved PS påvirker sosialt liv. Studiet viser til at deltakerne holdt tett om sine svakheter, for å bevare sin status i sosiale sammenhenger. Kirkevold og Herlofson (2008) viser at personer med PS ofte prøver å bedre sine symptomer ved sosialt samvær. Hun hevder at dette krever mye konsentrasjon, som kan gjøre pasienten fysisk og mentalt sliten. I studiet til Wressle, et. al (2007) snakket alle deltakerne om at tretthet og behov for søvn i løpet av dagen var viktig. I følge dem hadde dette innvirkning på emosjonell velvære. Deltakerne i studiet til Sunvisson og Ekman (2001) opplevde seg også sliten fordi det å få til bestemte gjøremål krevde stor konsentrasjon. Dette viser at sykepleier i størst mulig grad bør la beboeren få hvile, dersom vedkommende har behov for dette. I følge Herlofson og Kirkevold (2008) kan dette dempe stressopplevelse.

6.0 Konklusjon

Selv om det ser ut til at de drøftede emnene er atskilt, kan man påstå at det er en flytende overgang og en sammenheng mellom de fysiske og sosiale aspektene. I tråd med holistisk menneskesyn, kan sykepleier hjelpe til med å redusere stressopplevelse hos beboere ved å fremme fysisk og sosial funksjon. Dette krever at sykepleier gjennom å bli kjent med pasienten, fremmer fysisk aktivitet og tilrettelegger for søvn og hvile. Oppsummert kan man si at det å ivareta helhetlig omsorg er viktig for at beboeren skal oppleve redusert stress, og dermed mestring av PS. Det kan være fordelaktig at videre forskning på PS og dens stressfaktorer blir utført.

7.0 Litteraturliste

- Almås, H. & Johansen, E. R. (2001). Sykepleie til pasienter med nevroloiske lidelser. I: H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (S. 802-838). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Backer, J.H. (2000). Stressors, social support, coping, and health dysfunction in individuals with Parkinson's disease. *Journal of Gerontological Nursing*, 26,
- Benner, P. & Wrubel, J. (2001) *Omsorgens betydning i sykepleje*. København: Munksgaard Danmark
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Forsberg, C & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur og kultur
- Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (2001). *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Hanssen, T. (2001) Stress og mestring. I: Gjengedal, & Hanestad. *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring*. (S.37-50). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Hauge (2008). Sykepleie i sykehjem. I: Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den eldre pasienten* (S. 219- 236). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Herlofson, K. & Kirkevold, M. (2008). Parkinsons sykdom. I: Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den eldre pasienten* (S. 418-432). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Helse –og omsorgsdepartementet (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting*. Hentet fra www.lovddata.no.
- Karoliussen, M. (2000). Aktivitet og hvile. I: Karoliussen & Smebye. *Eldre, aldring og sykepleie* (S. 437- 526). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Kirkevold, M. (2008). Gammel og syk. I: Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den eldre pasienten* (S. 23-37). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Konsmo, T. (2003). *En hatt med slør; om omsorgens betydning for sykepleie: en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Oslo: TANO Aschehoug

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (2006). *Stress og følelser: en ny syntese*. København: Akademisk forlag

Norvoll, R. (2009). Makt og avmakt. I: Brodtkorb & Rugkåsa (Red). *Mellom mennesker og samfunn: Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. (S. 67-97). Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

Sunvisson, H. og Ekman, S.L. (2001) Environmental influences on the experience of people with Parkinson's disease. *Nursing inquiry*, 8 (1): 41-50.

Whitney, C. M. (2004). Maintaining the square: How older adults with Parkinson's disease sustain quality in their lives. *Journal of Gerontology nursing*, 30, 28-35.

Wressle, E., Engstrand, C. Granéus, A.-K. (2007). Living with Parkinson's disease: Elderly patients' and relatives' perspective on daily living. *Australian occupational therapy journal*, 54: 131-139.

Werdelin, L. (2006). *Parkinsons sygdom: en bog for patienter, pårørende og behandlere*. København: Munksgaard Danmark

Bilde på framsiden: "The world looks different when you suffer from Parkinson's".

www.parkinson.dk

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1/1: resultattabell

| Tittel/ forfatter | Utvalg | Metode | Funn | Diskusjon | Konklusjon |
|---|---|---|--|---|--|
| <p>Environmental influences on the experiences of people with Parkinson's disease. Sunvisson H. & Ekman, S.L. (2001)</p> | <p>11 deltakere fra 60-78 år deltok. Gjennomsnittsalderen var 68 år, og gjennomsnittlig diagnosetid var 9 år. Studiet er basert på frivillig deltakelse</p> <p>Studiet presenterer alle som kvinner, uavhengig av kjønn, for å bevare deltakernes anonymitet.</p> | <p>Kvalitativ metode ble brukt. Deltakerne ble intervjuet med vekt på hvordan de mestret dagliglivet før, under og tre måneder etter en ukes tur på fjellet sammen med andre personer med PS.</p> <p>Intervjuene ble diktret med båndopptaker. Svarene ble deretter analysert og drøftet.</p> | <p>Før fjellturen opplevde PS-pasientene: <u>Tap av fysisk funksjon</u> – Det var vanskelig å opprettholde aktivitet, begrensninger og svingninger i mobilitet førte til at mange følte seg misforstått. Deltakerne opplevde seg sliten. <u>Tap av sosial funksjon</u></p> <p>Distanserte seg, var flau over synlige sider ved PS.</p> <p>Etter fjellturen: Disse faktorene bedret. Større mot til å mestre dagligdagse utfordringer og til å fronte sosialt liv</p> | <p>(Ikke med i studien).</p> | <p>Studien viser at sosial kontakt og fysisk aktivitet kan være med på å fremme mestring og dempe stress hos pasienter med PS.</p> |
| <p>”Living with Parkinson's Disease: Elderly patients' and relatives' perspective on daily living.” Wressle, E, Engstrand, C. & Granérus, A.-K. (2007)</p> | <p>Tre menn og fire kvinner, fra 64-77 år, deltok i undersøkelsen. Deltakerne hadde hatt PS mellom to og fem år. Ni pårørende ble også intervjuet. For å unngå etiske dilemmaer var i</p> | <p>Kvalitativ metode ble brukt. Deltakerne ble intervjuet med vekt på hvilken innflytelse PS hadde på deres dagligliv.</p> | <p>Aktivitet restriksjoner, nedsatt sosialisering og bekymring og frykt påvirket pasientenes dagligliv.</p> | <p>I studiet blir det diskutert hvordan søvnmangel ved PS virker inn på dagliglivet og hvordan sykdomsprogressen fører til økning i</p> | <p>Studien viser at PS-pasienter (og pårørende) trenger å bli sett, hørt og støttet ved PS. Studien konkluderer på grunnlag</p> |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|
| | tillegg et eksklusjonskriterium at pårørende ikke var i relasjon med pasientene i undersøkelsen. | | | emosjonelle reaksjoner. | av dette med at helsepersonell trenger økt kunnskap om PS og dens følger. |
| <p>”Maintaining the square - how older adults with PD sustain quality in their lives”. Whitney, C. M. (2004).</p> | <p>Seks kvinner og seks menn som levde vellykket med PS, ble intervjuet. Alle var mellom 64 og 84 år, og alle mottok hjemmesykepleie i varierende grad. Steg på Hoenh og Yahr skala – minimum 2. (Jfr, fotnote, kapittel 4.1)</p> | <p>Studien er en kvalitativ hermeneutisk metode. Deltakerne ble kun intervjuet en gang. Dette fordi det å mestre kronisk sykdom er en prosess som i følge Whitney (2004) kunne endre seg over den tiden intervjuene strakk seg over.</p> | <p>Økt kunnskap, deltakelse i meningsfulle aktiviteter, lære hvordan ting kan gjøres, akseptere begrensninger, samt fokus på ”dagen i dag” var faktorer som var med på å sette frykten for fremtiden til side.</p> | <p>I studiet blir det diskutert hvordan sykepleier kan fremme en meningsfull tilværelse for pasienter med PS, med vekt på hovedfunnene i undersøkelsen.</p> | <p>Det kommer frem at sykepleiere må få økt kunnskap om hvilke aspekter som er viktige for å oppleve mening i pasientens liv. I tillegg må sykepleiere finne måter dette kan gjøres på.</p> |
| <p>“Stressors, social support, coping and health dysfunction in individuals with Parkinson’s disease”. Backer, J.H. (2000).</p> | <p>Utvalget bestod av 70 menn og kvinner. Gjennomsnittsalderen var 64 år. Studiet er basert på frivillig deltakelse, og skriftlig samtykke ble innhentet.</p> | <p>Kvantitativ metode. Stressfaktorene ble identifisert ved åpne spørsmål. Deltakerne ble også bedt om å identifisere i hvilken grad stress økte sykdommens symptomer.</p> | <p>Tap av fysisk funksjon kan føre til problemer med å utføre dagligdagse gjøremål. Synlige symptomer førte til tap av sosial funksjon, fordi de var flau over seg selv. Når stress oppstod økte symptomene, noe som også bidro til sosial tilbaketrekning. Mangel på mental energi ble også nevnt, fordi det hele tiden krevde aktiv tenkning å</p> | <p>I studiet blir det diskutert hvordan stress påvirker sosial og fysisk funksjon. I tillegg blir det diskutert hvilke mestringsstrategier som kan være hensiktsmessige for å oppnå god mestring ved de ulike aspektene.</p> | <p>Demping av stress kan fremme fysiske og sosiale funksjoner ved PS.</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--------------------|--|--|
| | | | utføre bevegelser. | | |
|--|--|--|--------------------|--|--|