



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Emne 5**

Emnekode: **SYKSB/SYKHB 3001**
Bacheloroppgave

Eksamensform: **Hjemmeeksamen**

Leveringsfrist: **17.02.2011**

Kandidatnummer: **40**

Antall ord:

8923

Sammendrag

Bakgrunn: Tall fra NOVA- undersøkelsen, Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon, viser at det i årene som kommer vil bli større utbredelse av ensomhet, først og fremst fordi det blir flere eldre. Økningen av antall ensomme vil bli en stor utfordring da ensomhet er en trussel mot livskvalitet og en meningsfylt tilværelse (Thorsen, 2005). Problemstillingen er: Ensomme eldre på sykehjem: hvordan kan sykepleier forebygge ensomhet og bidra til en bedret livssituasjon? **Hensikt:** Hensikten min med denne oppgaven er å rette lyset mot alle de eldre som lider av ensomhet og beskrive forholdene som de opplever på sykehjemmet, samt hvordan sykepleieren kan forbedre deres hverdag slik at de kan få et bedre liv og opplevelse av trivsel. **Metode:** Litteraturstudie. **Funn:** Oppgavens funn baseres på studier gjort på dette området, der også de eldres oppfatning kommer til uttrykk. Relevante tema som viser seg gjeldene er overgang fra hjem til sykehjem, sosial kontakt, relasjonen mellom beboer og sykepleier, samt meningsfulle aktiviteter.

Summary

Background: Data from the NOVA survey, The Norwegian Life Course, Ageing and Generation, shows that in the coming years will be greater prevalence of loneliness, primarily because there are more elderly. The increase in the number of lone will be a great challenge as loneliness is a threat to quality of life and a meaningful existence (Thorsen, 2005). The question is: lonely elderly in nursing homes: how can nurses prevent loneliness and contribute to a better life? **Purpose:** My purpose of this study was to set focus on all the elderly who suffer from loneliness and describe the conditions that they experience in nursing homes and how nurses can improve their lives so they can get a better life and sense of well-being. **Method:** Literature study. **Findings:** The practical findings were based on studies done in this area, where also the opinion of the elderly was expressed. Relevant topics showing the current is a transition from home to nursing home, social contact, the relationship between the resident and nurse, and meaningful activities.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

Summary

1.0	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling.....	1
1.3	Begrunnelse for valg, avgrensning og presisering av problemstilling.....	1
1.4	Oppgavens oppbygging.....	2
2.0	Metode.....	3
2.1	Hva kjennetegner metode?.....	3
2.2	Litteraturstudie som metode.....	3
2.3	Sterke og svake sider ved litteraturstudie som kvalitativ metode.....	4
2.4	Kildekritikk.....	4
2.5	Etiske overveielser.....	5
2.6	Søkeprosessen.....	6
2.7	Aktuell litteratur oppgaven baseres på.....	6
3.0	Begrepsmessig rammeverk.....	7
3.1	Eldre på sykehjem – livet i en institusjon.....	7
3.2	Ensomhet.....	7
3.3	Trivsel.....	8
3.4	Forebyggende sykepleie.....	8
3.5	Kommunikasjon.....	9
3.6	Omsorg som begrep.....	10
3.7	Sykepleiefaglig perspektiv.....	10
3.7.1	Kari Martinsen – Teoriens grunnlag og menneskesyn.....	11
3.7.2	Joyce Travelbee – Teoriens grunnlag og menneskesyn.....	12
3.7.3	Sykepleiens mål og hensikt i kontakt med mennesket.....	14
4.0	Drøfting.....	15
4.1	Forekomsten av ensomme eldre.....	15
4.2	Overgang fra hjem til sykehjem.....	16
4.3	Sosial kontakt.....	17
4.4	Relasjoner mellom beboer og sykepleier.....	21

4.5	Meningsfulle aktiviteter	23
5.0	Avslutning.....	25
6.0	Referanseliste.....	I

Vedlegg I: Presentasjon av artikler

Vedlegg II: Presentasjon av bøker

1.0 Innledning

I undersøkelsen, Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon, sier 32 prosent av de intervjuede at de ofte eller av og til opplever ensomhet (Eriksen, 2005). Tall fra NOVA-undersøkelsen viser at det i årene som kommer vil bli større utbredelse av ensomhet, først og fremst fordi det blir flere eldre. Økningen av antall ensomme vil bli en stor utfordring da ensomhet er en trussel mot livskvalitet og en meningsfylt tilværelse (Thorsen, 2005). Basert på dette kommer det fram at ensomhet er, og kommer til å bli et problem det må tas stilling til framover.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for oppgaven vil være ensomhet blant eldre på sykehjem, samt hva sykepleiere og sykehjem kan gjøre for å redusere dette problemet. Bakgrunn for valg av tema springer ut fra arbeid på sykehjem der en møter eldre som har gjennomgått stor endring av blant annet boforhold og sosiale forhold, og som må forholde seg til nye rutiner og mennesker, både medbeboere og ansatte (Hauge, 2008). På mange måter tror jeg de eldre på sykehjem er en "glemt" gruppe og at det dermed ikke er nok oppmerksomhet rundt den problemstillingen som jeg har valgt. Jeg mener dette er et svært aktuelt tema da det i årene som kommer vil være en stor økning av eldre på sykehjem (Hauge, 2008). Målsetningen til sykepleiere bør være å gi de eldre en så god tilværelse som mulig i deres siste leveår. Hensikten min med denne oppgaven er å rette lyset mot alle de eldre som lider av ensomhet og beskrive forholdene som de opplever på sykehjemmet, samt hvordan sykepleieren kan forbedre deres hverdag slik at de kan få et bedre liv og opplevelse av trivsel. I arbeidet med oppgaven har jeg søkt etter konkrete tiltak som kan bidra til dette.

1.2 Problemstilling

Ensomme eldre på sykehjem: hvordan kan sykepleier forebygge ensomhet og bidra til en bedret livssituasjon?

1.3 Begrunnelse for valg, avgrensning og presisering av problemstilling

Etter praksis, samt et par år som helgeansatt ved sykehjem har interessen rundt valgt tema blitt større. Erfaringer fra praksis er at det sitter mange ensomme eldre, alene og innestengt,

på rommet sitt ved sykehjemmene uten annen stimuli enn hastig kontakt med de ansatte. Situasjonen til de enkelte beboerne er selvfølgelig ulik, det spenner fra de som har daglig besøk av familie og venner, til de som svært sjelden har besøk. Det er ofte, om ikke alltid, jeg forlater jobben med en vond følelse for de eldre som sitter igjen på rommet sitt og venter på besøk. Jeg erfarer at som ansatt ved sykehjem er det lite tid og ressurser til å gi beboerne den individuelle oppfølgingen som de fortjener. Dette spesielt i helgene. Det ble derfor klart for meg at dette er noe jeg vil fordype meg videre i, slik at jeg er bedre rystet til å ta tak i disse problemene den dagen jeg er ferdig utdannet. I oppgaven vil jeg ta utgangspunkt i begrepene ensomhet og trivsel. Tilleggsbegrep er forebyggende sykepleie, kommunikasjon og omsorg. Jeg vil ikke ha restriksjoner i forhold til utvalget jeg bygger oppgaven min på. De aller fleste som bor ved et sykehjem er over 67 år, og jeg vil i oppgaven benevne de som eldre. Jeg vil heller ikke inkludere eller ekskludere eldre i forhold til diagnoser og eventuell kognitiv svikt, dette er gjort av forfatterne av studiene jeg har valgt.

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven starter med en innledning med bakgrunn for valg av tema. Videre følger presentasjon av problemstillingen og begrunnelse for valget. Metodekapittelet tar for seg litteraturstudie som metode, sterke og svake sider ved den formen for metode, kildekritikk og etiske overveielser. Beskrivelse av søkeprosessen og aktuell litteratur som oppgaven baserer seg på kommer også innunder metodedelen. Basert på faglitteratur og pensumbøker, blir det i begrepsmessig rammeverk presentert relevante begrep, samt at aktuelle sykepleiefaglige perspektiv blir beskrevet. I drøftingsdelen vil innhentet forsknings- og faglitteratur diskuteres og drøftes opp mot problemstillingen. Oppgaven ender med en avslutning og litteraturliste. Nummererte vedlegg ligger bakerst i oppgaven.

2.0 Metode

2.1 Hva kjennetegner metode?

Dalland (2000) viser til Aubert sin definisjon av metode, der metode beskrives som en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap.

Forskningsdesign viser til hvilken metode som brukes i forskning for å finne svar på et spørsmål. Spørsmålet som stilles legger rammene for hva som er en god metode eller design, og på den måten vil spørsmålet bestemme hvilken metode som bør brukes i forskningen. Valg av forskningsdesign kan baseres på valg av kjernespørsmål. Eksempel på kjernespørsmål kan være "Hvordan oppleves det?", "Hva er det som gjør at det virker", samt "Hvorfor". Dette er spørsmål som er knyttet til subjektiv og helhetlig forståelse av mennesker og deres opplevelser. På bakgrunn av disse kjernespørsmålene vil kunnskapen vise seg i erfaringer og holdninger. Foretrukket forskningsmetode vil dermed være kvalitative metoder. Ved bruk av denne metoden undersøkes subjektive erfaringer, opplevelser og holdninger. Datasamlingen i kvalitative forskningsmetoder baseres hovedsakelig på intervju eller observasjon, og bruker dermed ikke-statistiske metoder for analyse (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt og Reinar, 2007).

2.2 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven skal utføres som en litteraturstudie. Denne formen for studie kan brukes både ved kvalitativ og kvantitativ metode. I denne oppgaven skal det vektlegges å bruke kvalitativ metode. Litteraturstudier brukes ofte som bakgrunn for hovedoppgaver og skal inneholde bakgrunn, formål, spørsmålsstillinger og innsamlingsmetode (Olsson og Sørensen, 2003). Forsberg og Wengstrøm (2008) beskriver en litteraturstudie som å systematisk søke, vurderende granske, samt avkorte litteratur innenfor et tema eller problemområde. I en litteraturstudie skal man sette artiklene man innhenter i dialog med den allerede eksisterende bakgrunns litteraturen (Olsson og Sørensen, 2003). Empirisk forskning tar utgangspunkt i en konkret problemstilling, og beskriver, forklarer, forutsier eller kontrollerer praksissituasjoner. Empirisk teori baseres på forskning av sykepleievirkeligheten ved hjelp av vitenskapelige metoder (Kristoffersen, 2005a).

2.3 Sterke og svake sider ved litteraturstudie som kvalitativ metode

Ved å bruke litteraturstudie som metode innhentes data fra eksisterende litteratur. Ved en slik metode får en tilgang til mengder av materiale. En kan på den måten få en dybdeinnsikt i, og tilegne seg flere meninger om det valgte tema (Dalland, 2000). Ved at det brukes eksisterende forskning vil oppgaven være etisk forsvarlig. Det er ikke foretatt intervjuer og dermed stiller ikke oppgaven krav til taushetsplikt samt andre etiske spørsmål.

Innhenting av relevant forskning av nyere data kan vise seg vanskelig. I denne forbindelse trengs relativ god kunnskap om de ulike søkedatabasene slik at søkene blir effektive og gir resultater. I en litteraturstudie velger en selv ut den litteraturen som blir brukt. På den måten kan en "forme" oppgaven slik det er ønskelig. Det er også en fare for tolkning av brukte artikler. I en oversettelse fra engelsk til norsk kan poenger misforstås, slik at forfatterens intensjon blir endret. Med tanke på dette er det viktig å være konsekvent med kildehenvisning. Dette gir også leseren en kvalitetssikring om at anvendt teori har et opphav (Dalland, 2000).

2.4 Kildekritikk

Ved å være kritisk til anvendt litteratur viser en at en forholder seg kritisk til det kildematerialet som blir brukt i oppgaven. Leseren av oppgaven får en oversikt over litteratur som er tilgjengelig og hva som er vektlagt som kriterier under utvelgelsen (Dalland, 2000). I en litteraturstudie brukes som nevnt allerede eksisterende litteratur. For å gi leseren del i de refleksjoner jeg har gjort meg, samt hvilken relevans og gyldighet litteraturen har for min problemstilling, må den valgte litteraturen vurderes og karakteriseres (Dalland, 2000). Beskrivelse av tilgangen på litteratur kan gi en oversikt over hvorvidt det aktuelle emnet er grundig og omfattende kartlagt. Ved innhenting og vurdering av litteratur skal det så godt som mulig vurderes i hvilken grad de teoriene og forskningsresultatene som er funnet, kan brukes til å beskrive valgt problemstilling (Dalland, 2000).

Stadig ny forskning i et raskt voksende fagfelt gjør at en må stille seg kritisk til bruk av foreldet litteratur. Målet må være å fortrinnsvis bruke litteratur som ikke er mer enn 10 år gammel. Det er også grunn til å stille seg kritisk til litteratur som er sekundærlitteratur. Teksten er da bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren.

Følgene av dette er at det kan forekomme fortolkninger slik at tekstens opprinnelige perspektiv kan ha endret seg (Dalland, 2000).

Ved innhenting av litteratur tok jeg sikte på å bruke litteratur som ikke var mer en 10 år gammel. Dette tok jeg hovedsakelig høyde for ved søk av forsknings- og faglitteratur. Jeg valgte å ikke være like ekskluderende ved bruk av bøker da disse var av relevans for oppgaven min til tross for at de er av eldre årgang. Primærlitteratur, som bøker av Martinsen og Travelbee, er fra 1993 og 1999. Dette er bøker jeg likevel benyttet meg av, da denne tenkningen er like aktuell i dag som da bøkene ble skrevet. I enkelte tilfeller var det nødvendig å bruke sekundærlitteratur der primærlitteraturen ikke var tilgjengelig. Ved bruk av sekundærlitteratur var jeg nøye med å henvise til det som forfatteren skrev og påpasselig med at jeg ikke tolket litteraturen ytterligere.

2.5 Etiske overveielser

Som nevnt er denne oppgaven basert på en litteraturstudie og det stilles dermed ingen krav til anonymisering, konfidensialitet og taushetsplikt av utvalget for min del (Olsson og Sörensen, 2003). Dette er gjort av forfattere(e) av artiklene. Det finnes flere forskningsetiske komiteer som skal sikre ivaretagelse av disse faktorene under en forskning.

Helsinkideklarasjonen er internasjonalt anerkjent som etiske retningslinjer for medisinsk forskning. Tilsvarende komiteer for medisinsk forskning finnes også i Norge (Olsson og Sörensen, 2003). Ved bruk av litteraturstudie som metode må en sikre at anvendte artikler har gjennomgått etisk godkjenning. I arbeidet med en litteraturstudie er det viktig å gjøre de etiske overveielserne som er aktuelle. Det innebærer blant annet å gjengi sitater og referanse rett og å oppgi navnet til forfatteren der hans eller hennes meninger blir uttrykt. Dette er om å gjøre for å hindre fare for plagiering (Olsson og Sörensen, 2003).

Flere av studiene som jeg har tatt utgangspunkt i har gjennomgått etiske komiteer og blitt godkjente av disse. I andre artikler nevnes ikke etiske komiteer. Jeg valgte allikevel å ta med disse artiklene da studien var relevant og forfatteren anerkjent innen forskningsfeltet. Jeg har vært nøye med å gjengi funnene i artiklene korrekt og referere til forfatteren. Dette for å hindre plagiat og hindre at jeg gjør arbeidet om til mitt eget.

2.6 Søkeprosessen

Ved innsamling av artikler søkte jeg i ulike databaser. Etter gjennomgang av databasen OVID ved bibliotekar før jul, forsøkte jeg å bruke denne for å effektivisere søkene mine. Jeg fant derimot ut at dette var en database som jeg ikke var kjent med og som jeg ikke fikk tilfredsstillende resultater med. Jeg valgte derfor å foreta søkene mine i enkelt databaser. Jeg var fra før av mest kjent med å bruke SweMed+. Ved å kombinere Mesh-termene "nursing homes" og "lonelins" fikk jeg et resultat på 6 artikler. Av disse var det fire som var relevante for meg å bruke i oppgaven. Tre av fire av disse artiklene er publisert på Vård i Norden. Jeg valgte å bruke disse artiklene, da SweMed+ har referibedømt dem til å være kvalitetssikre. Søket på ProQuest, der jeg brukte de samme søkeordene, gav et treff på 40 artikler der jeg valgte ut 10 som jeg vurderte nærmere. Endelig var det kun en lederartikkel jeg valgte å ta med. I databasen PubMed fant jeg seks artikler med relevans for min oppgave, men også her valgte jeg kun å inkludere en artikkel.

2.7 Aktuell litteratur oppgaven baseres på

I oppgaven tok jeg i bruk pensumlitteratur, annen aktuell litteratur, samt resultater fra litteratursøk som materiell for skrivingen. På biblioteket fant jeg flere bøker som omhandlet eldre, institusjon, livskvalitet og trivsel, samt omsorg. Jeg fant også bøker som omhandlet begrepet omsorg, deriblant bøker av Kari Martinsen og Kitt Austgard. Mengden av relevant stoff, både som bøker og artikler, var stor, og jeg var dermed tvungen til å begrense det som jeg inkluderte i oppgaven min.

For utfyllende oversikt over anvendte artikler og bøker, se vedlegg I og II.

3.0 Begrepsmessig rammeverk

3.1 Eldre på sykehjem – livet i en institusjon

Aakre (2006) setter livet på et sykehjem på spissen, når hun skriver at sykehjemmene aldri var ment å være oppbevaringsplasser der tak over hodet og en seng er tilstrekkelig. Garsjø (2003) skriver at en institusjon er et sted hvor mennesker oppholder seg over kortere eller lengre tid for å oppnå et felles formål. Videre refererer (Garsjø, 2003, s. 102) til Sundin sin definisjon av institusjon: *“...sosiale systemer hvor et stort antall individer i samme situasjon og isolert fra resten av samfunnet for en viss tid lever sammen på en formelt innelukket, administrativt måte”*. Begrepet institusjonalisering brukes når atferdsmønstre bringes inn i fastere former. Et sykehjem blir av Thorsen og Skre (hentet fra Garsjø, 2003, s. 104) definert som *“en medisinsk institusjon som gir opphold og medisinsk pleie til pasienter som ikke krever opphold i sykehus”*. Et sykehjem kan etter Goffmans framstilling kalles en total institusjon. Kjennetegn ved en total institusjon er at de regulerer store deler av beboerens liv, og at hverdagen er rutinepreget (Garsjø, 2003). Garsjø (2003) beskriver videre sykehjemmet som de eldres *“endeholdeplass”*. Her kommer de når sykdom eller andre faktorer gjør at de ikke kan bo hjemme lenger, og behovet for omsorg er større.

3.2 Ensomhet

Peplau og Perlman (hentet fra Bondevik, 2000) sier at ensomhet har to betydninger. Det første er en subjektiv, ikke direkte målbar opplevelse, *å føle seg alene*. Det andre er en objektiv målbar tilstand, *å være alene*. Nielsen (2009) skriver at ensomhet *alltid* omfatter emosjonell isolasjon, men ikke nødvendigvis sosial isolasjon. På bakgrunn av dette sier hun at det er vesentlig å skille mellom emosjonell og sosial isolasjon, for å unngå å få et misvisende bilde av hvor mange som er ensomme. Hauge (2008) henviser til Bondevik og Drageset når hun skriver at eldre på sykehjem er mer ensomme enn eldre som bor hjemme til tross for at de har mennesker rundt seg det meste av dagen. Garsjø (2003) bekrefter dette når han skriver at ensomhet er en stor del av hverdagen ved institusjoner, til tross for at beboerne føler trygghet ved å ha mennesker i nærheten.

3.3 Trivsel

Med utgangspunkt i doktorgradsstudien til Bergland (2006) vil jeg her kort beskrive begrepet trivsel som en motpart til begrepet ensomhet. Jeg vil på den måten forsøke å skildre hva trivsel innebærer og ha begrepet trivsel som mål når jeg drøfter problemstillingen min.

Begrepet trivsel kan forstås på tre ulike måter; som et resultat av vekst og utvikling, som en følelsesmessig tilstand, og som et uttrykk for fysisk helse. *Trivsel som et resultat av vekst og utvikling* beskrives som en positiv reaksjon på en vanskelig og utfordrende situasjon.

Individuelle og sosiale ressurser blir mobilisert som respons på risiko eller trussel. *Trivsel som en følelsesmessig tilstand* bygger på at spesifikke forventninger kan gi trivsel eller mistrivsel ettersom forventningene blir oppfylt eller ikke. *Trivsel som et uttrykk for fysisk helse* kan innebære svikt i både fysiske, psykososiale og ideopatiske tilstander. Sykepleielitteraturen vektlegger psykososiale årsaker mer enn den medisinske litteraturen. Eksempler på psykososiale årsaker som kan føre til mistrivsel er sorg, ensomhet og isolasjon og tap av ektefelle. Eldres oppfatning av trivsel på sykehjem innebar både mentale og psykososiale forhold, samt god pleie i forhold til kroppslige og medisinske behov.

3.4 Forebyggende sykepleie

I Ottawa-charteret (hentet fra Mæland, 2005, s. 66) defineres helsefremmende arbeid som *"prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse. For å nå fem til en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, må et individ eller en gruppe være i stand til å kunne identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstille sine behov og endre eller mestre sitt miljø"*. Mæland (2005) skriver at helseforebygging handler om å fremme folks helse og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i hverdagslivet, det som kalles en salutogen tilnærming. Videre kommer det fram at helsefremmende arbeid er med på å styrke ressursene for god helse, og bygger på en aktiv medvirkning fra folk selv. I artikkelen til Drageset (2003) kommer det fram at fremming av et fellesskap hvor vi tar vare på hverandre vil være sykdomsforebyggende i seg selv. Et fokus på samvær og anerkjennelse vil få positive virkninger på et meningsfylt liv (Drageset, 2003).

Kristoffersen, Nortvedt & Saug (2005) skriver at sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon er rettet både mot friske mennesker, mennesker som er spesielt

utsatt for helsesvikt og mennesker som er utsatt for komplikasjoner som følge av ulike årsaker. Det forebyggende arbeidet kan skilles i tre kategorier; primær- sekundær og tertiærforebyggende tiltak. Før det er oppstått skade eller sykdom hos friske mennesker skal *primærforebyggende* tiltak påvirke eller fjerne helsetruende faktorer slik at helsesvikt hindres. Ved *sekundærforebyggende* arbeid skal helsesvikt eller forhøyet risiko for helsesvikt identifiseres på et tidlig stadium slik at tiltak kan iverksettes og videre utvikling av helsesvikt og eventuell sykdom hindres. Det *tertiærforebyggende* arbeidet har som hensikt å hindre komplikasjoner ved akutt sykdom, samt å hindre at det oppstår nye helseproblemer hos mennesker med kronisk sykdom eller funksjonssvikt.

3.5 Kommunikasjon

Jeg synes det er åpenbart at kommunikasjon betyr mye når det kommer til kontakt og arbeid med andre mennesker. På et sykehjem er det de ansatte som har mest tid sammen med de eldre og det er derfor viktig at de ansatte har en tilnærming som bygger på respekt og anerkjennelse for de eldre.

Ordet kommunikasjon kommer fra latin og betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i og ha forbindelse med (Eide og Eide, 2007). Hummelvoll (2004) vektlegger kommunikasjon som en vedvarende, dynamisk og foranderlig prosess, hvor begge parter påvirkes. Eide og Eide (2007) skriver videre at gjennom gode kommunikasjonsferdigheter kan en forstå brukeren som person, yte bedre hjelp, støtte og omsorg og stimulere den andres utvikling på best mulig måte. En god profesjonell kommunikasjon er dermed egnet til å ivareta brukeren på en god måte.

Vi skiller mellom verbal og nonverbal kommunikasjon, der innholdet i den verbale kommunikasjonen blir formidlet gjennom ord, mens i den nonverbale kommunikasjonen skjer det en utveksling av tegn og signaler på alle andre måter, blant annet ansiktsmimikk, blick og stemmeleie/-klang (Eide og Eide, 2007). Fortolkninger av den andres signaler skaper grunnlag for nærhet og avstand, tillitt og mistillit, samarbeid og konflikt. Ulik oppfattelse og tolkning av signalene kan dermed gjøre møtet med den andre godt, ubehagelig, sårende, irriterende, samt inspirerende (Eide og Eide, 2007). Hummelvoll (2004) skriver at kommunikasjon skjer mellom mennesker som har ulik forutsetning, sinnsstemning og

dagsform, og kombinert med varierende situasjon og omstendigheter rundt kommunikasjonen vil dette virke inn på det klima og atmosfære samhandlingen skjer innenfor. Hummelvoll (2004) skriver videre at kommunikasjon er en forutsetning for felleskap, enten det dreier seg om samvær eller samtale. Kontaktetablering forutsetter evne til å oppfatte den andre, og situasjonen de er sammen om å skape. Ut ifra denne situasjons- og personforståelsen gjelder det å tilpasse og variere kommunikasjonsmåtene deretter (Hummelvoll, 2004).

3.6 Omsorg som begrep

Jeg vil gjengi det som Thorsen (1999, s. 67) siterer om Søren Kierkegaards definisjon av omsorg, eller det som han kaller hjelpekunst: *"at man, naar det i Sandhet skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der"*. I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2007, s. 7) står det at *"grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg, respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert"*. Videre står det at sykepleieren skal ivareta en helhetlig omsorg for hver pasient en møter. Det er også nedfelt i Helsepersonelloven (2001) at *"helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig"*.

I denne oppgaven vil omsorg stå som et paraplybegrep som tar for seg flere aspekter ved den sykepleiefaglige omsorgen. Omsorg er mer en bare praktisk hjelp. Begrepet innebefatter også kontakt, tilsyn, emosjonell støtte og trygghet for dem som trenger det (Thorsen, 1999). Jeg mener begrepet omsorg er aktuelt nettopp fordi det inneholder flere sammensatte faktorer som er viktige å ta hensyn til når det kommer til pleie av mennesker.

3.7 Sykepleiefaglig perspektiv

Jeg vil ta utgangspunkt i omsorgsteorien til Martinsen, der hun vektlegger relasjoner som det fundamentale i menneskelivet. Menneskets liv er forbundet med andre menneskers liv, og omsorg er et forhold, en relasjon, mellom minst to mennesker (Kristoffersen, 2005b).

Kristoffersen (2005b, s. 62) siterer Martinsen som sier: ”Omsorg har med hvordan vi forholder oss til hverandre, hvordan vi viser omtanke for hverandre i vårt praktiske dagligliv.”

Jeg vil også ta for meg Travelbee sin sykepleieteori, interaksjon, og vektlegge det hun sier om kommunikasjon og menneske-til-menneske-forholdet. På bakgrunn av problemstillingen min vil disse være sentrale begrep når jeg svarer på oppgaven. Travelbee vektlegger kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper når det kommer til å etablere et menneske-til-menneske-forhold til pasienten (Kristoffersen, 2005b). Jeg vil også ta for meg begrepet håp og beskrive Travelbee sine tanker omkring dette.

3.7.1 Kari Martinsen – Teoriens grunnlag og menneskesyn

Martinsen mener at omsorg har noen fundamentale kvaliteter; fellesskap og solidaritet med andre, forståelse for andre, samt en holdning som anerkjenner den andre ut ifra hans situasjon (Martinsen, 2003). Omsorg er et grunnleggende fenomen ved den menneskelige eksistens og menneskelig samhandling, og utgjør dermed også grunnlaget for sykepleie (Kristoffersen, 2005b). Martinsen sin sykepleieteori tar avstand fra mye av den tenkningen som tar for seg sykepleie som fag og yrke. Tenkningen hennes betegnes som kritisk. Hun tar blant annet avstand fra ideologien som vektlegger egenomsorg. Målet med omsorgen er ikke at pasienten skal bli bedre eller gjenvinne uavhengighet, omsorgen skal ytes uten slike ”baktanker” (Kristoffersen, 2005b).

Som nevnt i innledningen til dette kapittelet er omsorg en relasjon mellom minst to mennesker. Martinsen skiller mellom to omsorgsrelasjoner, *balansert gjensidighet* og *uegennyttig gjensidighet*. Den balanserte gjensidigheten bygger på et likeverdige forhold, der begge parter både gir og mottar omsorg. Hjelp og altruisme kjennetegner den uegennyttige gjensidigheten. Her sørger den ene parten for den andre, uten å forvente noe tilbake (Kristoffersen, 2005b). Videre sier Martinsen at ansvar og solidaritet for den svake er den sentrale verdien i omsorgen (Austgard, 2007). Innen sykepleie vektlegger Martinsen engasjement, innlevelse, moralsk og faglig vurdering som kjennetegn på omsorg (Kristoffersen, 2005b). Gjennom handling, deriblant blikket, hørselen og de følsomme ord, utøver sykepleieren omsorg (Martinsen, 1993). Omsorg er både måten vi møter pasienten på, om måten sykepleieren handler på (Kristoffersen, 2005b).

3.7.2 Joyce Travelbee – Teoriens grunnlag og menneskesyn

Travelbee sin sykepleiedefinisjon er velkjent og allment akseptert og tar først og fremst utgangspunkt i det enkelte menneske. Jeg synes Travelbee sin oppfatning av mennesket er nydelig når hun sier *”ethvert menneske er en unik person. Det enkelte menneske er enestående og uerstattelig, forskjellig fra alle andre som har levd, og som noensinne kommer til å leve”* (Kristoffersen, 2005b, s. 26).

Travelbee påpeker at det er menneskets individuelle oppfatning av sin situasjon som er viktig, ikke diagnosen. Hun beskriver begrepet lidelse som en følelse av ubehag som har opphav i ulike forhold, deriblant sykdom, fysisk og psykisk smerte og alle former for tap (Kristoffersen, 2005b). Gjennom et menneske-til-menneske forhold skal sykepleieren hjelpe pasienten til å finne mening i den situasjonen han eller hun befinner seg i. Ifølge Travelbee etableres et menneske-til-menneske-forhold gjennom en firestegs interaksjonsprosess; (Kristoffersen, 2005b)

- Det innledende møtet – i dette møtet får begge parter et førsteinntrykk av hvem den andre er. Det er om å gjøre at sykepleieren ser bort ifra forutinntatte oppfatninger av pasienten, og fokuserer på å se ham slik han er som person.
- Framveksten av identiteter – i denne fasen etableres et kontaktforhold mellom sykepleier og pasient, og begge parter ser individuelle forskjeller hos hverandre.
- Empati – empati beskrives som evnen til å delta i og forstå meningen med den andres tanker og følelser. Det kan ikke forventes at en sykepleier kan ha empati med alle slags mennesker. For å oppnå empati for mennesket må sykepleieren selv ha opplevd en tilsvarende følelse.
- Sympati og medfølelse– sympati er et ønske om å hjelpe pasienten og er et resultat av den empatiske prosessen. En sykepleiers sympati kan vises ved hennes holdninger og væremåte. Pasienten får en opplevelse av at sykepleieren bryr seg.

Etablering av gjensidig forståelse og kontakt, eller et menneske-til-menneske-forhold, er resultatet av de fire fasene. Disse forholdene oppstår når sykepleieren har vist forståelse og ønske om å hjelpe, og faktisk hjelper, pasienten med å få det bedre (Kristoffersen, 2005b, Travelbee, 1999).

I etableringen av et menneske-til-menneske-forhold er kommunikasjon sykepleierens viktigste redskap. Kommunikasjonen med pasienter kan bidra til å skille den enkelte pasient fra hverandre slik at sykepleieren blir kjent med pasienten som person (Kristoffersen, 2005b). Videre henviser Kristoffersen (2005b) til Travelbee som sier at det å bli kjent med pasienten er en forutsetning for å kunne planlegge og å utføre sykepleie, og likestiller det å lære å kjenne pasienten med det å utføre prosedyrer (Kristoffersen, 2005b). Travelbee (1999) skriver at ved å bruke seg selv terapeutisk blir sykepleieren i stand til å bygge opp og opprettholde et hjelpeforhold. Å bruke seg selv terapeutisk innebærer å forene fornuft og intelligens, og anvende kunnskapen organisert (Travelbee, 1999). Sykepleieren skal bruke sin egen personlighet på en slik måte at det forekommer en ønsket forandring hos pasienten som kan bidra til å lindre eller redusere plagene hans (Kristoffersen, 2005b).

Travelbee (1999) skriver at håp kan virke som en motiverende faktor som gjør at mennesker blir i stand til å mestre blant annet kjedsomhet og ensomhet. Ved å håpe på sine ønsker vil mennesket tro at livet vil endre seg til å bli mer meningsfylt og gi mer glede. Håp er knyttet til forventningen om at andre vil hjelpe, og håpet er relatert til avhengighet av andre. Å gå fra frisk til syk, og dermed uavhengig til avhengig, kan gjøre at mange syke ikke ber om hjelp. De vil ikke være en byrde for andre. Om det syke mennesket ikke får den hjelpen kan håper på kan det føre til opplevelsen av håpløshet. Han har ikke å tro på at det er mulig å endre situasjonen og inntar en apatisk adferd. For å hjelpe mennesker som opplever håpløshet til å gjenvinne håpet spiller den profesjonelle sykepleieren en vesentlig rolle. Sykepleieren må stille seg tilgjengelig og være villig til å hjelpe, ta vare på det psykiske behovet, men heller ikke glemme viktigheten av velvære og fysiske behov. Travelbee (1999) presiserer at det ikke er den syke sitt ansvar å be om hjelp. Sykepleieren skal kunne forutse behovene til den syke og handle deretter.

3.7.3 Sykepleiens mål og hensikt i kontakt med mennesket

I forhold til tilnærmingen til pasienter ser jeg sammenhenger i de to teoriene jeg har beskrevet. Martinsen skriver at mottakeren av omsorgen skal ha det så godt som mulig slik at livsmotet øker (Kristoffersen, 2005b). Martinsen mener videre at omsorgen mister sitt formål når egenomsorg som mål vektlegges. Hun beskriver det hun kaller *vedlikeholdsomsorgen*, der målet ikke er at mottakeren skal bli selvhjulpent og uavhengig, men heller å opprettholde et visst funksjonsnivå eller unngå forverring (Kristoffersen, 2005b). Travelbee (1999) vektlegger at sykepleiens mål og hensikt er, gjennom et menneske-til-menneske-forhold, å hjelpe mennesket med å mestre, bære og finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom. Hun legger også vekt på å forebygge sykdom og å fremme helse. Travelbee (1999) presiserer at både de fysiske og psykiske behovene er viktige når det kommer til omsorg. Både Martinsen og Travelbee påpeker viktigheten av relasjonen mellom sykepleier og pasient. Martinsen hevder blant annet at den langvarige relasjonen er viktigere for omsorgen enn en kortvarig sykepleier-pasient relasjon (Kristoffersen, 2005b). Martinsen (hentet fra Alvsvåg, 1993) beskriver det samme som Travelbee når det kommer til det første møtet mellom sykepleier og pasient. Førsteintrykket vil nyanseres etter hvert som relasjonen opprettes. Det er viktig at pasienten møte med sykepleieren oppleves godt og trygt (Alvsvåg, 1993).

4.0 Drøfting

Ensomme eldre på sykehjem: hvordan kan sykepleier forebygge ensomhet og bidra til en bedret livssituasjon?

På bakgrunn av gjennomgått litteratur vil jeg i drøftingsdelen presentere tema som jeg ser som relevante i forhold til min problemstilling. Jeg vil forsøke å vise til tiltak og handlinger som kan bidra til forebygging av Eldres ensomhet, samt hva som kan gjøres for å øke trivselen. I drøftingen vil jeg ta for meg forekomsten av ensomme eldre, overgangen fra hjem til sykehjem, sosial kontakt, relasjonen mellom sykepleier og beboer, samt meningsfulle aktiviteter.

4.1 Forekomsten av ensomme eldre

Thorsen (2005) skriver at det vil bli en økning av mennesker med ensomhetsproblemer. Hun viser til tall fra levekårsundersøkelsen i 2002 der det kommer fram at blant enker, enkemenn og fraskilte har ca 50 % vært plaget av ensomhet de siste 14 dagene. Videre i artikkelen henviser hun til resultater fra enkelte studier som ikke finner sammenheng mellom ensomhet og alder inntil 80 år, mens andre igjen ser at ensomheten stiger blant de eldste, etter 80 års alderen. Det må allikevel antas at ved en økning av eldre vil det indirekte forekomme en økning av ensomhet. Thorsen (2005) viser til forbindelsen mellom helse og ensomhet. Personer med dårlig helse er mer ensomme enn personer med god helse. Med dette som grunnlag er det større risiko for å bli ensom på bakgrunn av helsesvikt og tap av andre, ikke grunnet alder som risikofaktor alene.

Kjennetegnet på institusjonalisering er ensomhet, hjelpeløshet og kjedsomhet. Disse faktorene kan virke som et konstant følge for mange sykehjemsbeboere (Duncan, 2007, Slettebø, 2008). Carlsson og Dahlberg (2002) viser til Casey og Holmes som beskriver følelser av meningsløshet, tomhet og tilbaketrekking hos eldre på sykehjem. I studien til Drageset (2002) kommer det fram at 46,9 % av respondentene var ensomme ofte og iblant. Flytting fra familie og venner kan utgjøre en påkjenning og føre til ensomhet, likeens kan tap av ektefelle og venner føre til ensomhet blant eldre. En annen studie av Drageset (2004) viser forbindelser mellom fysisk begrensning og ensomhet blant eldre. Det kommer også fram at frekvensen av kontakt med familie og venner ikke viste signifikante sammenhenger med

emosjonell ensomhet, men kontakt med venner viste lav grad av sosial ensomhet. Carlsson og Dahlberg (2002) framhever følelsen av ensomhet i fellesskapet. Til tross for at beboerne bor sammen med og pleies av mange ansatte, føler de seg ensomme ettersom de ikke får oppleve meningsfulle relasjoner. Det kan tenkes at de eldre forventer ensomhet og tomhet ettersom det inngår i livets vilkår å bli syk og dø (Carlsson og Dahlberg, 2002).

4.2 Overgang fra hjem til sykehjem

Duncan (2007) hevder at det å flytte til et sykehjem aldri burde være en tid for fullstendig tap. Et sykehjem skal tilby et miljø hvor beboernes integritet og autonomi er beskyttet og hvor beboere kan trives (Slettebø, 2008). Vårt naturlige ønske er at de eldre får fortsette sitt liv med så lite avbrytelser som mulig (Duncan, 2007). I studien til Slettebø (2008) kommer det fram at å flytte inn på sykehjem ga en følelse av trygghet som var større enn når de eldre bodde hjemme. Respondentene la vekt på at å ha mennesker i nærheten til enhver tid var en vesentlig fordel med å bo på et sykehjem, og at dette gav en trygghet. Studien fant at opplevelsen av å være "trygg, men ensom" karakteriserte beboernes opplevelse av å bo på et sykehjem. Ensomhet, tristhet, kjedsomhet, ingen å snakke med, samt mangel på kameratskap ble oppgitt som følger av å bo på sykehjem (Slettebø, 2008). Carlsson og Dahlberg (2002) hevder at flytting til et sykehjem ikke minsker ensomheten, men kan derimot øke når håpet om lindring av ensomheten forsvinner og beboerne innser at deres behov for relasjoner ikke gis samme prioritet som de fysiske behovene. Erfaringsmessig ser jeg at dette stemmer, da det ikke er tilstrekkelig tid til å ivareta kvaliteten i de enkelte relasjonene.

De eldre flytter til et miljø der mange av de andre beboerne er vanskelige å omgås med og personalet er for travle til å kunne tilby ekte fellesskap (Carlsson og Dahlberg, 2002). Forfatterne beskriver det å flytte inn på sykehjem som en påtvunget frivillighet. De skriver at de eldre heller ville bodd hjemme, og at det er vanskelig å føle seg hjemme på et sykehjem. Duncan (2007) mener at det er vanlig å savne sine gamle og kjente omgivelser. Hun vektlegger å la de eldre få ta så mye som mulig med seg av det de er kjent med av omgivelser og rutiner. Eksempelvis om en mann satt i sin favoritt stol hver morgen hjemme, skal han få gjøre det, også på sykehjemmet. Om en dame hadde en favoritt kaffekopp hjemme, bør hun få ha denne med seg. Dette er et poeng jeg synes er viktig. Jeg har selv

nære familiemedlemmer som er sterkt knyttet til gjenstander og bruker disse daglig, et eksempel er nettopp en kaffekopp. Mitt ønske er at rutinen ved å bruke denne til ettermiddagskaffen skal tas med ved en eventuell flytting til sykehjem. Det er slike små ting som kan gjøre overgangen fra hjem til sykehjem lettere. Ved å kunne bruke noe kjent og kjært kan en oppleve situasjonen mer positiv for slik å forebygge ensomhet, og dermed øke trivselen. Det er klart at om alle beboerne ved et sykehjem skal ta i bruk sine egne ting til enhver anledning vil det gi mer arbeid for de ansatte. Allikevel ser jeg et positivt utbytte av dette – sykehjemmet går fra å være en institusjon til å bli et hjem. På den måten blir faste rammer og rutiner som kjennetegner institusjonalisering, som beskrevet i teorien, mindre gjeldende og opplevelsen av trivsel øker. Videre legger Duncan (2007) fram at langtidsavdelinger på sykehjem bør inkludere interessante og vakre steder å befinne seg i og sitte i, med vinduer til fin utsikt. Hun poengterer at det ikke skal mye penger til å gjøre et sykehjem til et hjem, men det kreves engasjement. Der jeg jobber er det særlig en ansatt som gjør en innsats med å gjøre det hyggelig for beboerne. Friske blomster, hvit duk til søndagsmiddagen, og bilder på veggen skaper en koselig atmosfære for både beboere og ansatte.

Bergland (2006) påpeker viktigheten med å gjøre beboernes rom til et personlig territorium og redefinert hjem. Hauge (2008) skriver at en hjemlig atmosfære er viktig for trivsel og tilhørighet, og hjelper personellet til å bli kjent med pasientene og se dem som individer. Som Travelbee (Kristoffersen, 2005b) legger fram i sin firestegs interaksjonsprosess er det en framvekst av identiteter i utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold. Ved å ta del i beboerens liv gjennom egne eiendeler, oppstår det en god arena for sykepleieren til å bli kjent med hver enkelt beboer. Familie må oppmuntres til å ta med personlige eiendeler slik at identiteten til den eldre blir ivaretatt. Rommet er beboernes eneste private svære og dette må respekteres. Å være omgitt av gjenstander som har en betydning kan bidra til å forebygge ensomhet, og øke trivselen i et sykehjem. Som sykepleiere må vi forsøke å legge til rette for å skape et rom som innbyr til trivsel og som ikke framstår som institusjonell.

4.3 Sosial kontakt

Det kommer fram av artikkelen til Drageset (2002) at mennesker som taper sosiale relasjoner er utsatt for ulike emosjonelle problemer, deriblant ensomhet. På sykehjem er det

lett å være ensom, selv om en er i midten av et rom fullt av mennesker (Duncan, 2007). For at eldre mennesker skal oppleve velbehag er meningsfulle relasjoner som sørger for trygghet og mulighet for vennskap og intimitet viktig (Drageset, 2002). Drageset (2002) skriver videre at flytting fra hjemmet til sykehjem kan påvirke og innskrenke det sosiale nettverket. Duncan (2007) peker på hva beboerne har gitt fra seg i flytteprosessen, deriblant familie i det samme huset, nære venner og naboer, husdyr, kjente omgivelser, rutiner, aktiviteter og ansvar, samt følelsen av å være nødvendig for andre. De opplever et tap av det som gjør livet meningsfylt og som gir dem en hensikt å leve (Duncan, 2007). Dette er noe vi som sykepleiere må tenke og reflektere over. Denne overgangen er stor for den det gjelder, og det å komme ny inn i et nytt fellesskap kan være vanskelig. Vi må prøve å gjøre overgangen så positiv som mulig og ta hensyn til beboerens ønsker.

I studien til Slettebø (2008) kommer det fram at beboerne var stort sett fornøyd med hvordan deres ønsker ble møtt i forhold til måltider, dusje-rutiner, muligheter til å høre på radio eller se på TV, samt følelsen av å være trygg. Derimot var forskjellen stor mellom hva beboerne ønsket og hva de opplevde angående muligheten for å etablere sosiale relasjoner. Det verste ved å bo på sykehjem synes å være ensomhet og mangel på sosial kontakt med familie, venner og sykepleiere (Slettebø, 2008). Følgende kommer utsagn fra artikkelen til Slettebø (2008) som beskriver to kvinners opplevelse av muligheten til relasjoner på sykehjemmet. *"Jeg har ingen å snakke med. Enten hører ikke de som bor her eller så snakker de ikke. Her er det **ingen** å snakke med – det gjør dagen min lang og kjedelig. Jeg skulle virkelig ønske sykepleierne kunne ta seg litt tid å snakke med oss". "Sykepleierne har ikke tid til å snakke med oss med mindre det er noe ekstraordinært – bare da snakker de med oss".* Alle respondentene i studien til Slettebø (2008) påpekte at de var ensomme og manglet betydningsfulle andre, hovedsakelig familie og sykepleiere, å snakke med. Videre sier de at det var vanskelig å opprette nye vennskap på sykehjemmet. Også studien til Carlsson og Dahlberg (2002) bekrefter vanskeligheter med å knytte nye kontakter med de andre beboerne, blant annet grunnet nedsatt hørsel og syn, samt redusert mental evne. Ingen av respondentene i Carlsson og Dahlberg (2002) sin studie hadde fått nye venner. Studien til Bergland (2006) avdekker likevel at personlige relasjoner til andre beboere ikke var et avgjørende aspekt for å kunne trives i sykehjemmet. Bare 50 % av beboerne som uttrykte trivsel hadde slike relasjoner. Et utsagn fra studien til Bergland (2006) er: *"Vi bare sitter der,*

ingen snakker med hverandre". Dette fremstår trolig som en gjenkjennelig situasjon for de fleste som har arbeidet på et sykehjem. Bergland (2006) påpeker at pleieren må tre inn i rollen som fasilitator, der hun tar ansvar for å initiere samtaler om temaer som er av interesse og å holde samtalen i gang. Også Travelbee (1999) påpeker det å bruke seg selv terapeutisk. Som beskrevet i teorien skal sykepleieren opptre på en slik måte at eventuelle plager hos beboeren blir lindret eller redusert. Jeg ser fra erfaring at det er varierende grad av deltakelse fra de ansatte når det kommer til å samtale med de eldre. For å forebygge ensomhet kan måltidssituasjonene brukes aktivt, da mesteparten av beboerne er samlet. Dette gir en avslappet og hyggelig atmosfære og gir rom for å bli kjent med hverandre. Jeg stiller spørsmål med de ansatte som prioriterer egne interesser framfor beboernes. Jeg har sett tilfeller der måltidet er unnagjort på 20 min, uten at det er kommet noe positivt ut av situasjonen. Personlig synes jeg det er viktigere å skape et miljø der det er rolig og beboerne kan føle seg trygge. Det er ikke sjeldent at tiden rundt bordet nærmer seg en time når jeg er på jobb. Sammen med engasjerte ansatte er dette en mulighet for å sikre at beboerne får den kvaliteten som relasjonen skal inneholde og som de har rett til.

Duncan (2007) legger frem at der hvor relasjoner er permanent brutt, som ved død av ektefelle, må det dannes nye tilfredsstillende relasjoner. Drageset (2002) henviser til Weiss som mener at i en slik situasjon forebygges emosjonell ensomhet ved å gå inn i et nytt intimt forhold. I studien til Slettebø (2008) følte ikke beboerne at deres sosiale behov ble møtt på en slik måte at de følte seg ansett som unike mennesker som fremdeles kunne gjøre viktige bidrag til samfunnet. Carlsson og Dahlberg (2002) mener beboerne er redde for å være en byrde for personalet og stiller dermed ikke krav til å få sine psykiske behov, slik som fellesskap, bekreftelse og å bli sett, tilfredstilt. Ifølge Travelbee (1999) er det ikke beboernes ansvar å søke etter hjelp, sykepleieren skal forutse behovene til de eldre slik at de ikke behøver å oppleve seg som en byrde. Jeg synes det er kritikkverdig når ansatte ikke ser behovene til beboerne, og i stedet prioriterer egne behov. Jeg reagerer på enkelte ansatte som forlater avdelingen flere ganger per vakt for å røyke. Dette er tid som kunne vært brukt inne hos en beboer som trenger det, for på den måten å forebygge eventuell ensomhet. Som Martinsen sier (hentet fra Austgard, 2007) har vi et ansvar for de svake.

I artikkelen til Drageset (2004) påpeker hun noe vesentlig. Det å være avhengig av at andre hjelper deg med de daglige aktivitetene bringer beboeren i nærmere og hyppigere relasjoner med personellet. Beboeren mottar dermed sosial støtte som bidrar til å senke graden av sosial ensomhet. Dette faktum bekreftes av Bondevik (2000) som skriver at det gir en akseptabel grunn for, og anledning til, regelmessig medmenneskelig kontakt og samhandling uten store anstrengelser. Motsatt rapporterte de selvhjulpne om høyere ensomhetsfølelse (Bondevik, 2000). Jeg ser ingen tvil om at dette er et viktig poeng når vi diskuterer ensomhet blant eldre på sykehjem. Beboere som trenger mye pleie får mer oppmerksomhet enn de som for det meste klarer seg selv. Det kan være lett å "glemme" de som sitter alene inne på rommet sitt og ikke sier noe. Det er de som står i fare for å bli sosialt ensomme. Jeg personlig har som mål at for hver dag jeg er på jobb skal jeg ha tilbrakt tid inne hos beboerne som holder seg på rommet, for på den måten bidra til at jeg gjør mitt beste for å forebygge ensomheten de kan oppleve.

Flere forhold peker i retning av tettere sosial integrasjon snarere enn det motsatte, men det er også et spørsmål om kvaliteten i de sosiale relasjonene – hva en får dekket av sosiale behov og hos hvem (Thorsen, 2005). Drageset (2002) refererer til Bondevik og Skogstad som viser at høy frekvens av sosial kontakt med både familie, venner og tidligere naboer hadde signifikant sammenheng med lav grad av emosjonell ensomhet blant sykehjemsbeboere. 73 % av respondentene hadde kontakt med barn, 70 % hadde kontakt med barnebarn og 64 % kontakt med søsken. Barn betyr mye for eldres støttenettverk, men det er likevel ektefelle som har den mest gjeldene faktoren. Mange gav uttrykk for at de var fornøyde med den kontakten de hadde og ikke forventet mer. Dette kan ha sammenheng med at eldre tilpasser sine standarder for sosial kontakt til de realitetene som er. De er gjerne mer opptatt av sitt indre liv enn overflatiske sosiale kontakter (Drageset, 2002). Bergland (2006) presenterer det samme når hun skriver at de eldre reduserer forventningene til kontakt for å kunne trives. Drageset (2002) identifiserer at bruk av telefon, og dermed mulighet for å kunne ta kontakt ved behov, kan gi en trygghetsfølelse og psykisk velvære. I studien fra 2004, kom Drageset fram til at bruk av telefon var assosiert med lav grad av emosjonell ensomhet. Jeg ser at flere studier påpeker det samme i forhold til telefonbruk. Det er en enkel måte for beboerne å høre en kjent stemme på, og la dem få innblikk i hva som skjer med sine nærmeste. Når forskning slår fast at et slikt enkelt tiltak er med på å forebygge ensomhet, er dette noe som

bør vektlegges. Terskelen for å oppmuntre beboere til å ringe familie og venner bør bli mindre og ansatte må være velvillige til å tilrettelegge for slik relasjon.

Hovedvekten av respondentene i studien til Drageset (2002) var fornøyde med sine relasjoner og opplevde en tilfredsstillende sosial støtte. Ansatte må allikevel være oppmerksomme på opplevelsen av ensomhet og ulike sosiale relasjoners betydning. Sykepleieren har en stor utfordring med å tilby holistisk pleie som henvender seg til både de sosiale og psykiske behovene til beboerne (Slettebø, 2008). For å forebygge ensomhet må sykepleieren tilrettelegge, arrangere og støtte opp om kontakt med familie og venner, og beboernes pårørende bør oppmuntres til å besøke og ta seg tid til å snakke med dem, samt å ta beboeren ut om mulig (Drageset, 2002, Slettebø, 2008).

4.4 Relasjoner mellom beboer og sykepleier

Mediene forteller om et kaldere samfunn og at vi er blitt mer selvopptatte og bryr oss mindre om andre (Thorsen, 2005). Duncan (2007) viser hvordan relasjonen mellom sykepleier og beboer kan utarte seg når hun beskriver en situasjon slik: etter endt arbeidsdag går de ansatte hjem til familiene sine, vennene sine og til fritidsaktiviteter. Neste dag når de kommer på jobb diskuterer de aktivitetene seg imellom over hodet på beboerne. Duncan (2007) slår fast at vi må starte med å se personen, bli oppriktig involvert i hver beboer og ha som hensikt å etablere et vennskap med de. Både Martinsen (Kristoffersen 2005b) og Travebee (1999) viktiggjør relasjonen mellom beboer og sykepleier, og legger vekt på møtet mellom de to, samt at en skal gi slipp på de forutinntatte rollene. Slettebø (2008) refererer til Adserballe som sier at vi må "vise respekt til pasientene når vi snakker om dem og snakker med dem, vise respekt og toleranse for deres unikheter når vi møter pasienter, og vise respekt og empati og forsøke å forstå hvordan pasientene selv opplever deres situasjon". Å møte beboerne med respekt står nedfelt i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2007). Om beboerne blir møtt på denne måten, vil de forhåpentligvis føle at deres sosiale behov er ivaretatt slik at de reduserer opplevelsen av ensomhet (Slettebø, 2008). Som sykepleier har en mye å hente med å bli kjent med hver enkelt beboer. Jeg opplever en stor tilfredsstillelse ved å se hvert enkelt individ og lære dem å kjenne.

Thorsen (2005) trekker fram at det må gis tid og rom for å ivareta de sosiale og emosjonelle behovene som er i fare for å bli valgt bort når det er knapt om tid og hjelpere. I studien til Slettebø (2008) kom det fram at sykepleierne var for travle til å ta seg av beboerne på en tilfredsstillende måte, slik at beboerne ikke følte seg respektert eller ansett som unike individer. Det ga dem en følelse av usikkerhet. Selv om beboerne følte seg ivaretatt, kunne standarden for omsorgen vært bedre om det hadde vært mer pleiepersonell. Slettebø (2008) skriver videre at beboere på sykehjem er avhengige av at personalet møter deres basale behov. På grunn av mangel på kvalifisert personell, blir ikke beboernes grunnleggende og viktige behov, slik som daglig samtale, møtt. Studien til Bergland (2006) avdekker at for en gruppe beboere var en personlig relasjon til spesielle pleiere helt avgjørende for trivsel i sykehjemmet. Det er om å gjøre å anerkjenne hverandre som personer, ikke bare i rollen som pleier og beboer.

Studien til Slettebø (2008) viser at de fleste respondentene mente de ble møtt med respekt fra samtlige ansatte. Samtidig påpeker forfatteren at respekt og opprettholdelse av beboerens integritet trenger mer oppmerksomhet, for på den måten å bidra til å forebygge ensomhet. Resultater fra Bergland (2006) viser at trivsel i sykehjem forutsetter å bli behandlet med vennlighet og respekt. Det kommer fram at sykepleiere kan forbedre kvaliteten på pleie på sykehjem ved å legge vekt på beboernes selvfølelse, verdiget og autonomi (Slettebø, 2008). Carlsson og Dahlberg (2002) fant i sin studie at det oppleves som en trygghet når personalet kjenner beboerne godt. For å opprette en god relasjon med beboerne må vi la deres stemme komme til tale og fokusere på deres ønsker og behov. Det er tross alt de som er ekspertene (Carlsson og Dahlberg, 2002). Martinsen påpeker at vi skal møte pasienten der han er og ikke forvente noe tilbake, men sørge for god omsorg til den svake (Kristoffersen, 2005b).

Det er ikke alle som har stort sosialt nettverk, enkelte har ikke i det hele tatt. I forbindelse med dette trekker Drageset (2002) fram at tilgjengelige pleiere kan for noen være betydningsfulle, og at kvaliteten i omsorgen til sykehjemsbeboere vil avhenge av en tilfredsstillende oppmerksomhet rettet mot hver enkelt, med hensyn til ensomhet og sosial kontakt. Sykepleierne bør bruke tiden sin sammen med beboerne når det er mulig (Slettebø, 2008). Mellommenneskelig omsorg, å ta seg tid, å bry seg og kunne lytte er eksempler på

ikke-målbare kvaliteter som bortprioriteres i tider der kostnadseffektivisering er det som blir prioritert (Carlsson og Dahlberg, 2002). Kostnadseffektivisering er sannsynligvis et ord som mange føler frustrasjon overfor. Sparetiltak som går ut over kvaliteten på pleien, står i veien for å sikre beboerne kvalitet i den relasjonen de har med sykepleieren.

4.5 Meningsfulle aktiviteter

I artikkelen til Duncan (2007) kommer det fram at vår jobb som sykepleiere er å opprettholde så mange av de meningsfulle relasjonene til de eldre som mulig. Det er ulikt hva hver enkelt ønsker, og dette må tas hensyn til (Bergland, 2006). Når en eldre flytter inn på sykehjem mister han nære personer som bryr seg, familiaritet med mennesker og omgivelser, ansvar og arbeidsoppgaver som å ta vare på familie, hjem, husdyr og til og med en plante, som alt gjør livet meningsfylt. Ved at vi har akseptert ansvaret med å gi omsorg for de eldre, er vi moralsk forpliktet til å hjelpe dem med å fortsette det livet som de har levd så langt det er mulig (Duncan, 2007). Studien til Drageset (2002) identifiserer at de eldre har et behov for, og ønske om, at noen har brukt for deres omsorg. Muligheten til å gi sosial støtte minsker med alderen, men Cultrona og Russel (hentet fra Drageset, 2002) påpeker at muligheten for å gi omsorg er viktig og verdifull for eldre mennesker.

Et av punktene for å oppleve trivsel som Bergland (2006) fremhever i sin studie er "å ha et meningsfylt hverdagsliv i pene omgivelser". Det er viktig at dagen inneholdt meningsfulle aktiviteter, slik som å lese, lytte til musikk, delta på arrangerte aktiviteter. Hauge (2008) viser til Jørgensen som fant at mange av beboerne i sykehjem opplevde aktivitetstilbudet som en meningsløs arbeidstvang som de ikke ønsket å delta i. I denne sammenhengen må de eldres autonomi og integritet respekteres (Bondevik, 2000). I Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003) står det at beboerne har rett til medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av de tjenestene de mottar. Det kan være vanskelig å legge til rette for noe som interesserer en gruppe med ulike individer, men ved å kartlegge den enkelte beboers interesser er det ikke umulig å legge opp til aktiviteter som tilfredsstillende størsteparten av beboere. Det er viktig å kunne tilby ulike aktiviteter som de eldre kan delta i, om de ønsker. En enkel løsning kan være å skru på TV'en og la den stå på gjennom hele dagen, men hvor meningsfylt dette er må vurderes opp mot hver beboer. La de eldre som er i stand til det og har ønske om det, få delta på de hverdagslige gjøremålene på avdelingen.

Ta med blomster som de kan bli med på å sette i vaser, og når våren kommer la de bli med ut å plante blomster i bed eller terrassekasser. Gi dem avbrekk i dager som kan fremstå lange og vonde, og la dem oppleve små gleder i hverdagen. Et eksempel er en beboer som alltid tok med seg og ryddet det skitne serviset sitt. "Det kan jeg ta" sa jeg. Da smilte han mot meg og sa: "nei, la meg gjøre det, jeg liker å gjøre noe nyttig". Og den gleden skal jeg ikke ta fra han!

5.0 Avslutning

Gjennomgang av litteratur og arbeid med oppgaven viste at det forekommer ensomhet blant eldre på sykehjem. Studiene jeg har tatt for meg har resultater som var i overensstemmelse med hverandre. Samtlige artikler problematiserte de samme temaene, som også ble tema i min drøftingsdel. Problemstillingen min var: Ensomme eldre på sykehjem: hvordan kan sykepleier forebygge ensomhet og bidra til en bedret livssituasjon? Under arbeidet med oppgaven og gjennomgang av litteratur så jeg at det var få konkrete tiltak som ble presentert i studiene. Derimot ble det beskrevet holdninger og handlinger som kan forebygge ensomhet, og fremme trivsel. Dette viser seg som viktige momenter når det kommer til å forebygge opplevelsen av ensomhet blant eldre. Bondevik (2000) påpeker at alle skal ha lik omsorg, enten de er selvhjulpne eller ikke. Utfordringen til sykepleiere og andre ansatte er å bidra til å lette eller redusere en vond følelse av ensomhet. Weiss (hentet fra Bondevik, 2000) viser til faktorer som forebygger ensomhet, deriblant følelsesmessig tilknytning til en eller flere nære, fellesskap og vennskap som gir sosial integrasjon, mulighet til (fortsatt) å kunne gi omsorg til andre som treger en, og bekreftelse av eget verd ved å oppleve respekt og anerkjennelse. Som nevnt er ikke dette håndgripelige tiltak sykepleierne kan utføre, men stiller krav til holdningene de møter beboerne med. Bergland (2006) fastslår i sin studie at opplevelsen av trivsel var resultatet av et optimalt samspill mellom den enkelte beboer og kvaliteten i sykehjemmet, slik som vennlige og kompetente pleiere og et godt sosialt og fysisk miljø. Det er ofte så lite som skal til av oppmerksomhet, respekt og interesse (Bondevik, 2000).

A new "Nursing Home Residents' Bill of Rights"

Retten til å bli behandlet som et menneske, å bli verdsatt for ens individualitet
Retten til å bli et fullverdig medlem av sykehjemsfamilien, med plikter og ansvar knyttet til et
familiemedlemskap

Retten til å bli elsket og satt pris på, uforbeholdt og "smittsom"

Retten til familiære omgivelser, rutiner, aktiviteter og ansvar, så langt som menneskelig
mulig

Retten til vennlig interaksjon med alle i bygningen

(oversatt fritt fra Duncan, 2007)

6.0 Referanseliste

Aakre, M. (2006). Makt og avmakt i eldreomsorgen. I: M. Bondevik & H. A. Nygaard (red.), *Tverrfaglig geriatri. En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget

Alvsvåg, H. (1993). Det gode blikket og de gode hendene. I: K. Martinsen (red.), *Den omtenkssomme sykepleier*. TANO

Austgard, K. (2007). *Omsorgsfilosofi i praksis. Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien* (3. utg.). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Bergland, Å. (2006). *Trivsel i sykehjem – en kvalitativ studie med utgangspunkt i mentalt klare beboeres perspektiv*. Oslo: Universitetet i Oslo

Bondevik, M. (2000). *De eldste eldre. Erfaringer og refleksjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk

Carlsson, L. & Dahlberg, K. (2002). Ha en bra dag! Att vara boende på servicehus [Elektronisk versjon]. *Vård I Norden*, 63(22), 20-24

Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk

Drageset, J. (2002). Ensomhet på sykehjem – har nettverkskontakt betydning for ensomhet blant sykehjembeboere? [Elektronisk versjon]. *Vård I Norden*, 64(22), 9-14

Drageset, I. (2003). Helsefremmende arbeid - kunnskap, mening og verdier. *Sykepleien*, 91(15), 30-33. Hentet fra http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_document_id=118821

Drageset, J. (2004). The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes [Elektronisk versjon]. *Scand J Caring Sci*, 18, 65-71

Duncan, C. (2007). Loneliness, helplessness, and boredom. [Elektronisk versjon]. *Nursing Homes*, 56 (9), 86-88

Eide, T. & Eide, H. (2007). *Kommunikasjon i praksis: Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Eriksen (2005). *Flere ensomme eldre*. Hentet fra <http://www.reassess.no/id/8920.0>

Forsberg, C. & Wengström Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester*. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030627-0792.html>

Garsjø, O. (2003). *Institusjon som hjem og arbeidsplass – et bidrag til institusjonsfaglig kompetanse*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Hauge, S. (2008). Sykepleie i sykehjem. I: K. Brodtkorb, M. Kirkevold & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk

Helsepersonelloven (2001). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html>

Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt* (6. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2005a). Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie* (1 bind). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2005b). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie* (4 bind). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (2005). Om sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie* (1 bind). Oslo: Gyldendal Akademisk

Martinsen, K. (1993). Livsmot og lidelse – den omtenksomme sykepleiers utfordring. I: K. Martinsen (red.), *Den omtenksomme sykepleier*. TANO

Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup*. Oslo: Universitetsforlaget

Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Nielsen, E. B. (2009). Ensomhedens årsager og følgesvende – fakta og fortællinger fra gamle ensomme. I: S. Glasdam & B. A. Esbensen (Red.), *Gerontologi. Livet som ældre i det moderne samfund*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck

Norsk Sykepleierforbund (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. [Brosjyre]. Oslo: Norsk Sykepleierforbund

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund

Olsson, H. og Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk

Slettebø, Å. (2008). Safe, but lonely: Living in a nursing home [Elektronisk versjon]. *Vård i Norden*, 87(28), 22-25

Thorsen, K. (1999). Om å gjøre den uformelle omsorgen for eldre mer formell. I: K. Thorsen & K. Wærness (Red.), *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS

Thorsen, K. (2005). Flere ensomme? Om ensomhet i den senmoderne tid [Elektronisk versjon]. *Aldring og livsløp*, 3, 2-6

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget

Presentasjon av forskningsartikler

Forfatter/tidsskrift	Tittel	Populasjon	Metode	Hensikt	Resultat
1. Carlsson, L & Dahlberg, K. (2002) <i>SweMed: Vård i Norden</i>	Ha en bra dag! Att vara boende på et servicehus	6 respondenter, 3 kvinner og 3 menn	Kvalitativ (fenomenologisk)	Beskrive hva som innebærer å være beboer ved et kommunalt sykehjem.	Å flytte til et sykehjem kan føre til mer ensomhet. Beboerne får ikke oppleve meningsfulle relasjoner.
2. Drageset, J. (2002) <i>SweMed: Vård i Norden</i>	Ensomhet på sykehjem – har nettverkskontakt betydning for ensomhet blant sykehjemsbeboere?	113 respondenter, 80% kvinner	Kvantitativ (survey)	Kartlegge ensomhet og sosial kontakt. Hvilke sammenhenger det mellom sosial kontakt og emosjonell og sosial ensomhet?	Hovedvekten av respondentene var tilfreds med sine relasjoner og opplevde en tilfredsstillende sosial støtte.
3. Slettebø, Å. (2008) <i>SweMed: Vård i Norden</i>	Safe, but lonely: Living in a nursing home	14 respondenter, 8 kvinner og 6 menn	Kvalitativ (hermeneutisk)	Beskrive opplevelsen av å bo på et sykehjem hos en gruppe sykehjemsbeboere.	Å være trygg, men alene karakteriserte beboernes opplevelse av å bo på et sykehjem. Ensomhet og mangel på sosial kontakt

					var oppgitt som det verste
4. Drageset, J. (2004) <i>SweMed: Scand J Caring Sci</i>	The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes	113 respondent er	Kvantitativ (survey)	Beskrive sammenheng en mellom muligheten til å utføre ADL, frekvens av sosial kontakt med familie og venner, og ensomhet.	Å være avhengig av hjelp til å opprettholde ADL funksjoner gir tettere sosial kontakt og kan dermed redusere sosial ensomhet.

Presentasjon av innhentede bøker

Austgard, K. (2007). *Omsorgsfilosofi i praksis. Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. Boka tar utgangspunkt i Kari Martinsen sin omsorgsteori. Ble brukt som supplement til Kristoffersen (2005b).

Bergland, Å. (2006). *Trivsel i sykehjem*. Boka er doktorgravavhandlingen til Bergland som er en kvalitativ studie med utgangspunkt i mentalt klare beboeres perspektiv. Jeg brukte hennes funn om trivsel for å skape en motpart til begrepet ensomhet. For å kunne se hva som kan forebygge ensomhet, så jeg på hva det var som gjorde at beboerne ved sykehjem trivdes.

Bondevik, M. & Nygaard, H. A. (2006). *Tverrfaglig geriatri*. Boken gir en innføring i de viktigste kjerneområdene i geriatri og eldreomsorg. Den har hovedfokus på ikke-psykiatriske problemer. Jeg har brukt denne boken som en innføring i de temaene jeg har valgt og brukt boken for å få en bakgrunnsforståelse av de eldres situasjon.

Bondevik, M. (2000). *De eldste eldre*. Boken er basert på Bondeviks spørreundersøkelser blant eldre mennesker. Boken gjør rede for hvilke forhold som er av betydning for eldres opplevelse av ensomhet, sosial kontakt og eksistensielle behov. Denne boken omhandler et kapittel ensomhet blant eldre som er hovedessensen i min problemstilling.

Eide, T & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis*. Lærebok i kommunikasjon. Det legges vekt på at god kommunikasjon er en forutsening for godt arbeid og at evnen til å kommunisere kan trenes opp og utvikles. Boka tar for seg dialoger og fortellinger fra praksis og beskriver kommunikasjonsferdigheter som gjør det lettere å mestre de situasjonene som en møter i hverdagen. Jeg valgte å bruke denne boken da den kan gi meg innblikk i og tips på hva som skal til for å etablere en god relasjon mellom sykepleier og pasient.

Garsjø, O. (2003). *Institusjon som hjem og arbeidsplass*. Boken henvender seg til alle som har noe med institusjoner å gjøre og tar for seg å øke bevisstheten om egen rolle i

institusjonsarbeid, samt å kaste lys over hva som skjer når mennesker møter institusjoner. Da oppgaven min tar for seg eldre på sykehjem, brukte jeg boka som bakgrunnsmateriale for hva det innebærer å bo på institusjon.

Glasdam, S. & Esbensen, B. A. (red) (2009). *Gerontologi. Livet som eldre i det moderne samfund*. Boka setter fokus på eldre mennesker ut fra flere perspektiver for å vise hvordan tenkning og forståelse av eldre i vårt samfunn har betydning for hvordan helsepersonell møter eldre på. Bokens hensikt er å gi en bakgrunnskunnskap som kan hjelpe med å handle kompetent i møtet med det enkelte menneske. Som boken til Bondevik og Nygaard brukte jeg denne boken til å danne meg et bilde av hvordan situasjonen til de eldre er. Boken har et eget kapittel om ensomhet.

Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Bok som omhandler psykiatrisk sykepleie og psykiatrisk helse. I tillegg til teoretisk og forskningsbasert kunnskap, er det erfaringskunnskap fra personal og pasienter, som gir boken en forandring i praksis. Jeg har tatt for meg kapittelet i boken som heter "Samtalen" for å supplere Eide og Eide.

Martinsen, K. (red.). (1993). *Den omtensomme sykepleier*. Boka drøfter det faglige skjønne i forhold til sykepleierfaget. Jeg brukte kun enkelte kapitler i boka til å supplementere Kristoffersen (2005b).

Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup*. Også denne boka ble brukt for å få en utdypende forståelse for Martinsen sin teori.

Travelbee, J. (1999). *Menneskelige forhold i sykepleie*. Boken har betydning for utvikling av faglig identitet hos sykepleiere og sykepleierstudenter. Den er aktuell for alle som jobber med mennesker, fordi den gir kunnskap om hva mennesket trenger for å oppleve håp og mening når livet er tungt. Den gir også kunnskap om hvordan gode relasjoner skapes, menneske-til-menneske-forhold. Jeg legger vekt på relasjonen mellom sykepleier og pasient i min oppgave, og denne boken er i den sammenheng aktuell.