



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5: Sjukepleiefaglig, forskning og fagutvikling - **Bacheloroppgåve**

Emnekode: **SYKHB 3001**

Eksamensform: Prosjektoppgåve

Leveringsfrist: 22.02.13 kl 14.00

Kandidatnr.: 61

Antall ord: 8940

Parkinsons sjukdom: Mennesket bak tremoren



(Henta frå <http://www.forskning.no/artikler/2009/januar/207686>)

*”Den mentale balansen er en forutsetning for velvære – for
har vi det bra, så gjør vi det bra”*

(Bakken & Krebs, 2008. s.61)

Samandrag

Bakgrunn: Det er årleg mellom 15 og 20 av 100.000 innbyggjarar som vert ramma av Parkinsons sjukdom. Sjukdommen er kronisk og progressiv og gjev pasienten både fysiske og psykiske symptom, noko som gjer hjelpebehovet til denne pasientgruppa stort. (Herlofson & Kirkevold, 2012). Det vil på bakgrunn av dette vera viktig i sjukepleiepraksis å veta korleis ein på best mogleg måte kan møte denne pasientgruppa.

Hensikta med oppgåva: Å auka kunnskapa om og forståinga for korleis ein som sjukepleiar kan møte pasientar med Parkinsons sjukdom og psykiske vanskar.

Problemstilling: ”Korleis kan ein som sjukepleiar møta pasientar med Parkinsons sjukdom og påfølgjande psykiske vanskar?”

Metode: Metoden som er nytta i oppgåva er litteraturstudie, der data frå eksisterande litteratur og forskning er nytta for å støtta opp om problemstillinga.

Resultat: Funna frå dei anvendte forskingsartiklane og litteraturen viser at det i møte med pasientar med Parkinsons sjukdom og påfølgjande psykiske vanskar vil vera viktig å skapa ein god relasjon til pasienten, der medkjensle, støtte, kartlegging av psykiske symptom og pasient deltaking står sentralt. Ved å anvende slike sjukepleietiltak i møte med denne pasientgruppa viser funna at pasienten sin psykiske tilstand vil verta tydeleg betra.

Abstract

Background: It is annually between 15 and 20 out of 100,000 inhabitants who are affected by Parkinson's disease. The disease is chronic and progressive and give the patient both physical and psychological symptoms, which shows the need for this large group of patients. (Herlofson & Kirkevold, 2012). It would on this basis be important in nursing practice to learn how the best way to meet this group of patients.

Purpose: To increase knowledge and understanding of how a nurse may encounter patients with Parkinson's disease and mental health problems.

Approach: “How can a nurse relate to patients with Parkinson's disease and subsequent mental health problems?”

Method: The method used in this thesis is literature review, where data from existing literature and research is used to support the approach.

Results: The findings from the applied research articles and literature show that in the face of patients with Parkinson's disease and subsequent mental health problems the importance of creating a good relationship with the patient, with compassion, support, studies of psychiatric symptoms and patient participation is central. By applying these nursing measures in the face of this patient group, findings show that the patient's mental state will be significantly better.

Innhold

1.0 Innleiing	1
1.1 Val av tema	1
1.2 Hensikt.....	1
1.3 Problemstilling	1
1.4 Utreiing og avgrensing	1
1.5 Oppgåva si oppbygging.....	2
2.0 Teoretisk perspektiv.....	2
2.1 Joyce Travelbee sin sjukepleieteori	2
2.2 Sjukepleiar i møte med den eldre kronisk sjuke pasienten.....	3
2.3 Parkinsons sjukdom	5
2.3.1 Ikkje-motoriske symptom og psykiske vanskar ved Parkinsons sjukdom.....	5
2.3.2 Behandling i alderpsykiatrisk avdeling.....	6
3.0 Metode	8
3.1 Litteraturstudie som metode	8
3.1.1 Mitt søk	9
3.2 Vurdering av litteratur i høve til kvalitet og etikk	11
4.0 Funn frå forskingsartiklar.....	12
4.1 Artikkel 1	12
4.2 Artikkel 2.....	12
4.3 Artikkel 3.....	13
4.4 Artikkel 4.....	13
4.5 Artikkel 5.....	14
4.6 Artikkel 6.....	14
5.0 Drøfting.....	15
5.1 Medkjensle i møte med pasienten.....	15
5.2 Sosial støtte og relasjonsbygging.....	17
5.3 Kartlegging og observasjon	19
5.4 Undervisning og deltaking gjev pasienten sjølvkontroll.....	21
6.0 Avslutting	23
7.0 Kjelder.....	24
Vedlegg 1 – Oversikt over funn i tabell.....	29

1.0 Innleiing

Parkinsons sjukdom er ein kronisk og progressiv sjukdom som årleg rammar mellom 15 og 20 av 100.000 innbyggjarar (Herlofson & Kirkevold, 2012). Sjukdommen debuterar vanlegvis i 50-70års alderen og gjev både motoriske og ikkje-motoriske symptom (Engedal & Wyller, 2004). På tross av god forventa levetid med moderne teknologi i bruk, er hjelpebehovet til denne pasientgruppa stort (Herlofson & Kirkevold, 2010).

1.1 Val av tema

Bakgrunnen for val av tema byggjer på mi interesse for Parkinsons sjukdom. I praksisfeltet møtte eg fleire pasientar med Parkinsons sjukdom og påfølgjande psykiske vanskar. Dette har fått meg til å undra over førekomsten av psykiske plager ved denne sjukdommen. Erfaringane mine er at denne pasientgruppa ofte vert sett på som ”dei vanskelege pasientane”, dei som ikkje vil eller som ikkje orker å utføre visse handlingar som dei fysisk sett klarer. Til dømes møtte eg ein pasient som eine dagen klarte å gå med rullator, medan han neste dag måtte verta køyrd i rullestol for å komme seg rundt. Dette gjorde pleiarane frustrerte og rådvile i høve til korleis dei skulle møte pasienten. Inntrykket mitt er at det er mest vanleg for pleiarar å ha fokus på dei motoriske og fysiske plagene sjukdommen Parkinsons gjev, medan det gjerne er dei psykiske vanskanane som styrer kvardagen til pasientane mest.

1.2 Hensikt

Hensikta med denne oppgåva er å samle kunnskap om og drøfte temaet Parkinsons sjukdom og påfølgjande psykiske vanskar. Eg ynskjer å finne ut korleis sjukepleiarane på best mogleg måte kan møte denne pasientgruppa.

1.3 Problemstilling

”Korleis kan ein som sjukepleiar møte pasientar med Parkinsons sjukdom og påfølgjande psykiske vanskar?”

1.4 Utgreiing og avgrensing

Aldersgruppa eg har valt er eldre over 65år, då det er særleg denne aldersgruppa som er ramma av Parkinsons sjukdom der psykiske vanskar er vorte ein påkjenning. Eg vil ta for meg både menn og kvinner, då det ikkje er særleg skilnad i høve til kor mange menn og kvinner som får denne sjukdommen (Herlofson & Kirkevold, 2010). Konteksten eg har valt er ein utgreiingspost i sjukehus, då det gjerne er her denne pasientgruppa kjem til når dei psykiske symptoma av sjukdommen overskrider dei fysiske. Her vil vera nødvendig å stadfeste om dei

psykiske vanskaner til pasienten skuldast grunnlidinga Parkinsons, eller om det er andre bakanforliggjande årsaker til desse symptomta (Engedal, 2008). I oppgåva omtalar eg Parkinsons pasienten som ”han” og sjukepleiaren som ”ho”.

1.5 Oppgåva si oppbygging

Det første kapittelet er innleiing, der val av tema og problemstilling vert presentert. Deretter kjem teoridelen som inneheld teorien eg har nytta i oppgåva. Kapittelet er delt opp i underkapittel; sjukepleieteoretisk perspektiv der Joyce Travelbee sin sjukepleiefilosofi vert presentert, sjukepleie retta mot eldre kronisk sjuke pasientar og om Parkinsons sjukdom og behandling. Kapittel tre omhandlar metode, der eg forklarar min metode og mitt søk etter forskingsartiklar. I kapittel fire vert funn frå dei seks forskingsartiklane eg har anvendt presentert. I drøftingsdelen vert funn, teori og eigne erfaringar drøfta opp mot oppgåva si problemstilling. Kapittel seks er ei kort oppsummering av drøftinga, ei avslutting der eg svarar på problemstillinga.

2.0 Teoretisk perspektiv

For å kunne svare på problemstillinga har eg funne fram relevant litteratur i form av forskingsartiklar, fagartiklar, pensumbøker og andre bøker. I dette kapittelet presenterar eg teori som eg seinare drøftar opp mot problemstillinga mi.

2.1 Joyce Travelbee sin sjukepleieteori

Ein sjukepleiar må ha grunnleggjande omsorgsverdiar i botn, noko som står nedskreven i *ICN'S etiske regler for sykepleiere* samt i Norsk Sykepleierforbunds *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2010). Sjukepleieteoretikarane plasserer sjukepleia sitt ansvarsområde og fokus ulikt. Denne ulikskapa omhandlar dei ulike teoretikarane sitt verkelegheitssyn, menneskesyn, kunnskapssyn og syn på vitskap (Kirkevold, M., 2010). I høve til problemstillinga mi har eg valt Joyce Travelbee sin sjukepleiefilosofi som utgangspunkt. Travelbee definerar sjukepleie som:

en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene. (Travelbee, 2007, s.29).

Her forklarar Travelbee sjukepleie som ein mellommenneskeleg prosess der alle aspektar og sider ved sjukepleie omhandlar menneske. Ho meiner at sjukepleiaren hjelper andre ved å

utføre sjølvstendige sjukepleiefunksjonar, overvake, observere og registrere pleia til den einskilde pasient, tre fram som ein overordna og gje undervisning. Målet for sjukepleia vil vera å førebyggje ytterligare sjukdom og liding samt meistre erfaringar slik at helsetilstanden vert så god som mogleg. Travelbee peikar og fram helsefremjande undervisning som eit viktig moment i det å utøve sjukepleie. Slik undervisning kan om nødvendig hjelpe det sjuke menneske med å finne mening i sjukdommen og forstå dei tiltaka som vert sett i verk, slik at personen lettare kan kontrollere symptoma og bevare helsa. Ved å nytte seg sjølv som ein terapeutisk samhandlingspart. ved å kommunisere målretta og ha ei intellektuell tilnærming til personen vil den sjuke få ei kjensle av å verta forstått. Når det gjeld sjukepleie til pasientar med kroniske lidingar vil ein som sjukepleiar i Travelbee sitt perspektiv likevel kunne bidra til meistring av sjukdommen ved å lære den sjuke korleis han på best mogleg måte kan leve med sjukdommen. Travelbee legger stor vekt på etableringa av eit menneske-til-menneske-forhold mellom sjukepleiar og pasient, der begge partar vert sett på som likeverdige individ. Målet for etableringa av eit slikt forhold vil vera at den einskilde sitt sjukepleiebehov vert teken omsyn til (Travelbee, 2007), noko Travelbee forklarar slik:

Disse behovene blir ivaretatt av en sykepleier som besitter og anvender en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer, kombinert med evnen til å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 2007, s.41).

Som profesjonell sjukepleiar er det å nytte seg sjølv som ein terapeutisk samarbeidspart eit viktig moment i Travelbee sin teori. Det går ut på å nytte sin eigen personlege kunnskap som utgangspunkt for å hjelpe pasienten. Ein må ha sjølvinnsett, sjølvforståing samt evne til å sjå sin eigen og andre sin situasjon og kva sjukepleietiltak som skal til for å hjelpe i følgje Travelbee (2007).

2.2 Sjukepleiar i møte med den eldre kronisk sjuke pasienten

Ved kronisk sjukdom kan personen verta utsett for utviklingsmessige utfordringar som gjev han baa fysiske og psykiske endringar. Sjukdom og funksjonssvikt kan stå i vegen for at sjukepleiaren ser pasienten som den personen han har vore, noko som kan true den eldre sin integritet og oppleving av verdigheit (Kirkevold, 2010). Omgrepet integritet vert forklart som det å vera "heil" og "uskada". I sjukepleiepraksis tyder dette å sjå og respektere kvart einskild menneske som ein unik person. Pasienten skal kjenne at hans sjølvbestemming vert teken omsyn til og sjukepleiaren må med det erkjenne og ta omsyn til kvar einskild pasient sine ynskjer og vurderingar i tråd med det som er forsvarleg. I dette arbeidet er det å etablere ein

ivaretakande relasjon vera sær sentralt (Kirkevold, 2010). Den gode relasjonen kan karakteriserast som det å utveksle kjensler mellom dei deltakande partane. Her vil det å ha aksept for den andre parten spele ei sentral rolle. Å ha aksept for ein annan baserar seg på å la merksemda si vera retta mot den andre slik at ein kan forstå han. Ein har den andre part sin integritet i bakhovudet under heile prosessen (Aamodt, 1998).

For å kunne ha ei oppleving av å delta i sitt eige liv og i sin eigen sjukdomsprosess vil støtte og sosial kontakt spele ei sentral rolle. Dette gjeld særleg hos eldre pasientar med funksjonstap (Bredland, 2011), då dei ofte står i fare for sosial isolasjon (Ranhoff, 2010). Å gje støtte til den eldre kronisk sjuke pasienten, hans ressursar og integritet er viktige sjukepleietiltak som krevjar stor kompetanse frå sjukepleiaren (Ranhoff, 2010). Å inneha kompetanse kan definerast slik:

Å ha kompetanse eller å være kompetent innebærer da å være skikket og kvalifisert til å ta beslutninger og handle innenfor et bestemt funksjons- eller myndighetsområde. Å ha kompetanse innebærer å være i stand til å løse eller håndtere problemer innenfor det aktuelle området på en adekvat måte (Kristoffersen, 2010, s.217).

God sjukepleiefagleg kompetanse bidrar til å støtte opp om pasienten sin eigen kompetanse, noko som gjev han større moglegheit for sjølvbestemming og vurdering av eigen situasjon. Kompetansen må omhandle teoretisk kunnskap om sjukdomslære, medisinsk behandling og pleie, samt praktisk kunnskap og erfaringar, forståing av eldre og deira helsetilstand (Kirkevold, 2010). Det har vist seg at eldre og sjuke personar på tross av sjukdom og funksjonssvikt, ikkje har ei nedsett evne til å læra og ta imot informasjon. Dei ser på sin eigen innsats saman med god pleie kvalitet som avgjerande for helsetilstanden (Kirkevold, 2010). At sjukepleiarane forstår den kroniske sjukdommen og forlaupet av den, vil vera viktig for relasjonsarbeidet med pasienten (Kirkevold, 2010). Pasientar med Parkinsons sjukdom vil ha behov for støtte og forståing for sin situasjon, noko som gjer sjukepleiaren sin innehavande kunnskap avgjerande (Herlofson & Kirkevold, 2010).

Eit anna viktig sjukepleietiltak i møte med eldre kronisk sjuke pasientar vil vera eit grundig kartleggingsarbeid av pasienten sin situasjon. Slikt arbeid vil gjerne bestå av intervju og samtale med pasienten, observasjonar og bruk av standardiserte vurderingsskjema. Slike vurderingsskjema vil kunne sei noko om pasienten si evne til eigenomsorg, fysiske funksjon, samt kognitiv funksjon og emosjonell tilstand (Kirkevold & Brodtkorb, 2010). Til dømes vil

det å kartlegge om pasienten har depresjon eller angst som følge av sin kroniske sjukdom, omhandle vurderingsskjema som byggjer på spørsmål om pasienten sin emosjonelle tilstand. Døme på slike skjema er; Hopkins symptom Checklist, General Health Questionnaire, Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), Geriatric Depression Scale (GDS) og State-Trait Anxiety Inventory (Kvaal, 2010).

2.3 Parkinsons sjukdom

Parkinsons sjukdom er med sine 70-80% den vanlegaste årsaka til parkinsonisme, som er ei samleemning på rørsleforstyrningar som gjev heilt karakteristiske symptom. Slik rørsleforstyrring skuldast ein svikt i basalganglia sin normale funksjon grunna mangel på signalstoffet dopamin. Ved Parkinsons sjukdom skjer det eit langsamt tap av nerveceller noko som gjer at nervebana frå den svarte substans til striatum gradvis forsvinn. Dette fører til eit stort tap av dopamin i basalgangliane. Når mangelen av dopamin vert stort nok vil pasienten få symptom (Dietrichs, 2010) som hemmar både den fysiske og psykiske tilstanden. Pasientar som er ramma av Parkinsons sjukdom bur ofte i eigen heim med hjelp frå pårørende og/eller andre hjelpe- og pleieinstansar. I og med at sjukdommen er kronisk og progressiv vil hjelpebehovet til denne pasientgruppa auke i takt med sjukdommen (Herlofson & Kirkevold, 2012). Ein kan fastslå at 50% av personane som vert ramma av denne sjukdommen har behov for hjelp frå det offentlege systemet (Larsen & Årslund, 2004).

2.3.1 Ikkje-motoriske symptom og psykiske vanskar ved Parkinsons sjukdom

Parkinsons sjukdom vert ofte omtala som ein motorisk sjukdom. I dei seinare åra har det vorte kjent at Parkinsons pasientar og slit med ei rekke ikkje-motoriske symptom som kan ha negativ effekt på pasienten sin livskvalitet og funksjonsnivå (Herlofson & Kirkevold, 2010). Desse ikkje-motoriske symptoma kan oppstå grunna redusert mengde noradrenalin og serotonin som følgje av den nevrodegenerative prosessen av sjukdommen. Slike signalmolekyl spelar ei sentral rolle for ein person sitt humør og søvnmønster og kan på den måten påverke den generelle psykiske tilstanden. Ein kan altså fastslå at Parkinsons pasientar har høgare førekomst av psykiske symptom enn den generelle normalbefolkninga. Alder spelar og ei sentral rolle, førekomsten er høgare desto eldre pasientane er (Larsen & Årslund, 2004). Døme på ikkje-motoriske symptom er depresjon, angst, kognitiv svikt, søvnproblem m.m. (Herlofson & Kirkevold, 2010) og dei treng gjerne ei heilt anna form for behandling og tilnæringsmåte. Pasientar med Parkinsons sjukdom kan og verta ramma av ikkje-motoriske symptom som psykose med hallusinasjonar og vrangførestillingar. Slike symptom utviklar seg med sjukdommen og ein anslår at 15-20% av alle Parkinsons pasientar har

psykosesymptom. Hos pasientane som og har utvikla demens, er det om lag halvparten som er ramma av slike symptom. Årsaka til psykose symptom involverar eit kompleks samspel mellom Parkinsons behandlinga og dei nevrodegenerative endringane sjukdommen medfører. Langvarig bruk av legemiddelet dopamin kan blant anna gje oversensitive dopaminreseptorar, noko som gjer at sjøl små mengder dopamin kan utløyse psykosesymptom hos einiske pasientar (Rongve, Auning, Ehrt & Årsland, 2008). Hallusinasjonane kan delast opp i to ulike grupper; harmlause synshallusinasjonar og paranoide hallusinasjonar som verkar skremmande på pasienten (Nazarko, 2005). Depresjon har vist seg å vera det mest uttalte psykiske ikkje-motoriske symptomet hos pasientar med Parkinsons sjukdom (Abudi, Bar Tal, Ziv & Fish, 1997). 10-20% av Parkinsons pasientar har alvorleg og 20-30% har mildare former for depresjon. Denne form for ikkje-motoriske symptom har vist seg å ha særleg dårleg påverknad på pasientane sitt funksjonsnivå, livskvalitet og forventa levetid (Aarsland, Pedersen, Ehrt, Bronnick, Gjerstad & Larsen, 2008). Under ein depresjon kan pasienten ha mangel på mental og fysisk energi, irrasjonelle kjensler og tankar om skuld og kjenna seg verdlaus, samt at tankar om dauden gjerne styrer kvardagen til pasienten (Hamilton, 2001). Døme her kan vera ein pasient som fysisk klarer å vaske seg sjølv i ansiktet, men likevel ikkje gjer det og ventar på at pleiaren skal gjere det for han. Ein ser at søken etter fysisk og emosjonell støtte hos desse pasientane er særleg stor (Nazarko, 2005). Andre ikkje-motoriske symptoma som er framtrekkjande hos Parkinsons pasientar er angst, apati og søvnevanskar (Aarsland, et al., 2008). Dei er alle knytt til hyppig innlegging i institusjon, høg førekomst av daud (Snyder & Adler, 2006), svekka funksjonssvikt og dårlegare livskvalitet (Weintraub, Moberg, Duda, Katz & Stern, 2004).

2.3.2 Behandling i alderpsykiatrisk avdeling

Parkinsons sjukdom, som den komplekse og varierende sjukdommen den er, bringer med seg ei rekke ulike behandlingsformer (Larsen & Årsland, 2004). Det finns ikkje i dag noko behandling som kan hindre eller stoppe utviklinga, men ei rekke med symptomatiske behandlingsformer som kan utsetje den degenerative prosessen av sjukdommen, samt gjere kvardagen for pasientane lettare (Dietrichs, 2010). Slik symptomatisk behandling finns både i form av legemiddel, operativ behandling og ikkje-medikamentelle behandlingstiltak. Det er ikkje uvanleg at denne pasientgruppa nyttar legemiddel frå fleire ulike legemiddelgrupper for å oppnå optimal symptomlindring (Bainbridge & Ruscin, 2009). Den mest vanlege og suksessfulle medikamentelle behandlinga er bruk av levodopa. Levodopa vert omgjort til dopamin i nervecellene noko som bidrar til god symptomatisk effekt av sjukdommen. På tross

av den gode symptomatiske effekten av levodopa behandling vert behandlinga vanskelegare etter kvart som sjukdommen utviklar seg. Legemiddelet har og den ulempa at einsskilde pasientar kan utvikle psykiske biverknadar som t.d. hallusinasjonar som følgje av langvarig bruk og høge dosar (Dietrichs, 2010). Fleire ulike studiar understrekar at medikamentell behandling av Parkinsons pasientar kan vera særst komplisert og omfattande, noko som gjer det vanskeleg for, særleg dei eldre, pasientane å administrere eigen medisin (Bainbridge & Ruscin, 2009). Eit alternativ kan vera operativ behandling som består av anten tilsending av høgfrekvent straum gjennom elektrodar til hjernen, eller tilføring av flytande levodopa via ein PEG-sonde som går inn til duodenum (Dietrichs, 2010).

Dersom pasientar med Parkinsons utviklar ikkje-motoriske symptom i tillegg til dei motoriske, vil behandlingsforma verta enno meir omfattande. Det første ein då må gjere er å kartleggje om desse psykiske vanskaner skuldast grunnlidinga Parkinsons eller om det er andre årsaker som liggjer bak (Snyder & Adler, 2007). Dette er eit arbeid som oftast vil gå føre seg i alderpsykiatrisk spesialisthelseteneste. Dette grunna at psykiske tilstandar hos eldre krevjar grundig og avansert diagnostisering og dermed kunnskap om aldringsprosessen, psykiatri, legemiddelbehandling og geriatriske sjukdommar generelt. Det har vist seg gjennom forskning og erfaring at dette er fråverande i primærhelsetenesta og eldre psykisk plaga pasientar vert difor ofte underdiagnostisert. I ein alderpsykiatrisk avdeling vil det vera eit bredt spekter med kompetanse i form av psykiater, psykologar, sjukepleiarar, ergoterapeutar, fysioterapeutar, sosionomar og lege innanfor somatisk-geriatrisk spesialisering. Avdelinga er eit tilbod for eldre pasientar over 65år med psykiske vanskar som må kartleggjast, diagnostiserast og behandlast. Pasientane skal over til primærtenesta att når kartlegginga og startbehandlinga er gjennomført (Engedal, 2008).

Den mest effektive og minst biverknadsgjevande behandlingsforma for pasientar med t.d. psykosesymptom vil vera ikkje-medikamentell behandling. Døme på slike behandlingstiltak er psykoedukasjon, ulike meistringsstrategiar (Rongve, et al., 2012), endring av pasienten sin omgivnaden og demping av uro (Brown university, 2004). Dersom ikkje-medikamentell behandling gjev liten verknad på pasienten sin psykiske tilstand, kan medikamentell behandling i form av klozapin vera eit alternativ. På tross av god verknad på psykosesymptom ved Parkinsons sjukdom fører dette legemiddelet med seg ei rekke ulemper. Den alvorlegaste er den livstrugande biverknaden agranulocytose (alvorleg reduksjon av granulocytter) (Rongve, et al., 2012). ECT-behandling har og vist seg å vera ei effektiv behandlingsform av psykose ved Parkinsons sjukdom, men og denne behandlingsforma kan føre med seg

biverknadar som hukommelsestap, delirium, samt kronisk kognitiv svikt hos eldre pasientar (Brown university, 2004). Ikkje-medikamentell behandling vil og vera det mest sentrale ved dei andre ikkje-motoriske symptoma som depresjon og angst hos Parkinsons pasientar (Larsen & Årslund, 2004). Dette særleg hos eldre pasientar, då dei ofte er meir vare for medikamentell behandling. Dersom pasientane har utprega depressive symptom kan dei behandlast med antidepressive legemiddel, men dette bør vurderast nøye, då legemidla kan gje alvorlege biverknadar som blant anna forstyrning i elektrolyttbalansen og blodtrykksfall (Nazarko, 2005). Som ikkje-medikamentelle behandlingstiltak ved psykiske symptom hos pasientar med Parkinsons sjukdom ser ein at støttetiltak, informasjon, øvingsprogram og kosthaldsrådgeving er med på å redusere faren for angst knytt til det å ha ei kronisk lidning (Larsen & Årslund, 2004). Det har og vist seg ut frå forskning at aktivitet og komplementær terapi som t.d. aromaterapi kan ha god innverknad på desse pasientane sitt humør (Nazarko, 2005).

3.0 Metode

Metode handlar om framgangsmåten ein har nytta for å løyse eit problem. Det kan dreie seg om eit spørsmål frå praksis eller frå teorien som ein vil finne svar på. Ein ynskjer då å svare på dette spørsmålet ved å undersøkje det metodisk. Metoden ein nyttar forklarar korleis ein har gått til verks for å svare på det aktuelle spørsmålet og den vil bidra til å gje informasjon som forklarar temaet fagleg. Omgrepet metode kan delast opp i kvantitativ og kvalitativ metode, som seier noko om korleis metoden er orientert og på kva måte informasjonen er samla på. Ved å nytte kvantitativ metode er formålet å finne informasjon i form av målbare einingar som t.d. tal, som gjev det mogleg å rekne ut gjennomsnitt og/eller eventuelt prosentandel. Nokre kjenneteikn ved ein slik metode kan vera presisjon, systematikk, det gjennomsnittlege, breidde m.m. Når ein nyttar kvalitativ metode vil derimot målet vera å fange opp meiningar og opplevingar som ein ikkje kan knytte til tal eller andre målbare einingar. Kjenneteikn på ein slik metode kan vera kjensler, djupna, det særeigne, heilskap, forståing m.m. (Dalland, 2012).

3.1 Litteraturstudie som metode

Ei litterær oppgåve er først og fremst bygd på skriftlege kjelder. Likevel kan viktige kjelder i oppgåva og omhandle erfaringar ein har gjort seg i praksis. Slike erfaringar saman med faglitteratur kan vera med på å belyse det temaet og den problemstillinga ein har valt som fokus i oppgåva (Dalland, 2012). For å komme i gang med ei slik litterær oppgåve vil

litteraturstudie som metode vera nødvendig. I denne metoden vert det valte temaet undersøkt og analysert på ein systematisk måte. Ved eit systematisk litteraturstudie er det eit krav at det vert nytta tilstrekkeleg med studiar av god kvalitet som kan forklare og gjera grunnlag for konklusjon. Fokuset skal vera på aktuell forskning innanfor det valte temaet, der litteraturen utgjør informasjonen og teorien frå vitenskapsartiklar og/eller tidsskrifter (Forsberg & Wengström, 2008).

Ei føremon ved litteraturstudie som metode kan vera at ein får fleire ulike perspektiv på det tema ein vil forklare, dette særleg om det er gjort fleire grundige undersøkingar innanfor det aktuelle tema. Ulempa ved metoden kan vera vanskar med å finne nok relevant litteratur for å støtte opp om temaet og problemstillinga, då det ikkje alltid er gjort mange og grundige undersøkingar innanfor området. Litteraturstudie bør systematisk innehalde så mykje relevant forskning som mogleg, men det er ikkje noko krav til antal anvendte forskingsartiklar (Forsberg & Wengström, 2008). Andre utfordringar ved bruk av denne metoden kan vera at problemstillinga baserar seg på litteraturen og ikkje aktuelle personar. Dette set store krav til oppgåveskrivaren i høve til refleksjon og søk av informasjon (Forsberg & Wengström, 2008).

3.1.1 Mitt søk

Søk etter forskingsartiklar vart gjort i databasane SveMed+, Pubmed og Cinahl. SveMed+ vart først og fremst nytta for å finne gode søkeord (MeSh). Eg nytta og databasen sykepleien.no, samt Høgskulen sin database, Bibsys, for å få oversikt over biblioteket sine utleige bøker. Eg har laga ein tabelloversikt som visar søka mine i databasen Cinahl, då det var denne databasen som gav meg treff eg var tilfreds med og dei anvendte forskingsartiklane i oppgåva er henta der i frå:

Søk i CINAHL			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	<u>Parkinson's disease</u>	Peer Reviewed, Full text	602
S2	Nursing	Peer Reviewed, Full text	99202
S3	<u>Nonmotor symptom</u>	Peer Reviewed, Full text	2
S4	Mental Health	Peer Reviewed, Full text	15254
S5	Depression	Peer Reviewed, Full text	10253
S6	Anxiety	Peer Reviewed, Full text	5607
S7	<u>Psychosis</u>	Peer Reviewed, Full text	670
S8	S1 AND S2	Peer Reviewed, Full text	82
S9	S1 AND S2	Peer Reviewed, Full text, Age: 65 + years	30
S10	S1 AND S2	Peer Reviewed, Full text	2
S11	S1 AND S4	Peer Reviewed, Full text	7
S12	S1 AND S5	Peer Reviewed, Full text	54
S13	S1 AND S5 AND S2	Peer Reviewed, Full text	4
S14	S1 AND S6	Peer Reviewed, Full text	19
S15	S1 AND S6 AND S2	Peer Reviewed, Full text	6
S16	<u>Chronic disease</u>	Peer Reviewed, Full text, Age: 65 + years	1985
S17	<u>Nurse and patient realations</u>	Peer Reviewed, Full text, Age: 65 + years	727
S18	S16 AND S17	Peer Reviewed, Full text, Age: 65 + years	34

Ut frå søka valte eg seks ulike forskingsartiklar som er aktuelle for mi problemstilling. Frå S3 fann eg fram til artikkelen "Effect of psychiatric and other nonmotor symptoms on disability in Parkinson's disease" (Weintraub, Moberg, Duda, Katz, & Stern, 2004). Artikkelen "Parkinson's disease symptoms – patients' perceptions" (Abudi, et al., 1997) fann eg ved å nytte S11. Ved å nytte både S12 og S14 fann eg artiklane "Illness representations, coping and psychological adjustment to Parkinson's disease" (Evans & Norman, 2009) og "Social support and psychological outcome in people with Parkinson's disease: Evidence for a specific pattern of associations" (Simpson, Haines, Lekwuwa, Wardle, & Crawford, 2006). Eg

fann artikkelen “Factors supporting self-management in Parkinson’s disease: implications for nursing practice” (Chenoweth, Gallagher, Donoghue & Stein-Parbury, 2007) ved å nytte S9 og ved å utvide søket fann eg artikkelen “Compassion in care: A qualitative study of older people with a cronic disease and nurses” (Van der Cingel, 2011) ved å nytte S18.

3.2 Vurdering av litteratur i høve til kvalitet og etikk

Ved å kvalitetsvurdere ein studie skal ein i følgje Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart (2007) vurdera studien ut frå metode og relevans. Ein må då vurdere om den aktuelle studien er gyldig og av god kvalitet i høve til det ein vil undersøkje. For å gjennomføre ei slik vurdering kan ein nytte sjekklister med ulike ”screening spørsmål” som er like for kvar av studiane. Eit døme på dette kan vera om studien og oppgåva si problemstilling støttar same tema. For å svare på oppgåva si problemstilling har eg nytta primærkjelder i form av forskingsartiklar og pensumlitteratur, samt sekundærkjelder som fagartiklar og andre relevante bøker. Problemstillinga mi er aktuell, likevel viste det seg å vera vanskeleg å finne relevante forskingsartiklar som var sjukepleie retta. Eg nytta god tid og gjorde grundige søk og vurderingar for å finne fram til artiklar som kunne støtte opp om problemstillinga. Med unntak av artikkelen, ”Parkinson’s disease symptoms – patients’ perceptions” (Abudi, et al., 1997) er det ingen av dei anvendte forskingsartiklane som er over ti år gamle. Eg valte likevel å nytte artikkelen i oppgåva, då eg meiner funna framleis er relevant for dagens sjukepleiepraksis og dei støttar godt opp om oppgåva si problemstilling. Fem av dei seks anvendte artiklane er kvalitative forskingsstudiar gjort for å undersøkje ulike forhold retta mot Parkinsons pasientar og ikkje-motoriske symptom. Studien frå van der Cingel (2008) er retta mot kronisk lidning generelt, men eg tykkja likevel studien har fått fram fleire aktuelle poeng som saman med dei andre anvendte studiane står i samsvar med problemstillinga mi. Som Dalland (2012) forklarar handlar forskingsetikk om det å ta omsyn til personane involvert i studien, i høve til personvern og det å ikkje påføre dei skadar eller påkjenningar. Etikken skal og sikre at forskingsresultata er truverdige og godkjente av forskingsetisk komité. I høve til dei fem kvalitative studiane har anvendt, var det intervju eller spørjeskjema som vart nytta som metode. Resultata baserar seg då på pasientane sine vurderingar av seg sjølv og sin situasjon samt at ulike praktiske testar vert forklart. Det er berre to av dei anvendte artiklane som er godkjent av ein etisk komité, men alle studiane har fått samtykkekompetanse frå informantane og eg har difor valt å nytte dei.

4.0 Funn frå forskingsartiklar

Resultata frå dei anvendte studiane viser ein samanheng mellom svekka livskvalitet og psykiske vanskar hos pasientar med Parkinsons sjukdom. Samtidig forklarar dei korleis ein på best mogleg måte kan møte desse vanskanane hos denne pasientgruppa. Viktige funn er at medkjensle for pasienten, kartlegging av ikkje-motoriske symptom, pasient deltaking i form av undervisning, støtte og rådgjevnad, sjølvkontroll hos pasienten, individuell sjukepleie og sosial støtte er viktige tiltak i møte med denne pasientgruppa.

4.1 Artikkel 1

“Compassion in care: A qualitative study of older people with a cronic disease and nurses”
(Van der Cingel, 2011).

Denne kvalitative undersøkinga, som baserar seg på dybdeintervju med informantane, forklarar korleis medkjensle vert oppfatta i tilhøvet mellom sjukepleiar og eldre personar med kronisk sjukdom. Resultata visar medkjensle i sju ulike dimensjonar; merksemd, lytting, konfrontasjon, involvering, hjelp, tilstadeværing og forståing. Medkjensle vert i studien forklart som ein verdifull prosess som motiverar pasientar samt sjukepleiarar til å samarbeide for å oppnå relevant utfall av omsorg. Resultata påpeikar at medkjensle kan nyttast som eit sentralt instrument i møte mellom sjukepleiar og pasient for å støtte den profesjonelle sjukepleiepraksisen. Med det kan ein sjå sjukepleiepraksisen som ein profesjonell prosess der sjukepleiarane erkjenner pasienten sine kjensler som omhandlar både tap og lidning. Ved at pasienten får dele slike personlege kjensler viser den aktuelle studia at sjukepleiarane då får moglegheit til å samle inn meningsfull informasjon som kan gjere målbar god omsorg mogleg. Studien påpeikar at medkjensle kan gje god kvalitet på omsorga sjukepleiaren utøvar, då individuelle, gjennomførbare og nøyaktige utfall av god omsorg vert sett i lys. Medkjensle kan og gje pasienten motivasjon samt sjukepleiaren mot til å utøve god kvalitet på dei omsorgsgjevande tiltaka.

4.2 Artikkel 2

“Factors supporting self-management in Parkinson’s disease: implications for nursing practice” (Chenoweth et al., 2007).:

Funn ved denne kvalitative undersøkinga er viktige faktorar for sjølvkontroll hos pasientar med Parkinsons sjukdom. Desse faktorane baserte seg på kjensle av å vera deltakande i sin eigen situasjon, både relatert til det å vurdere eiga helse, overvake symptomutvikling og setje i verk sjukdomsrelaterte tiltak for å oppretthalde helse og funksjon. Dei 75 informantane frå studien gav svar som viser at Parkinsons pasientar kan ha ein relativt høg form for

sjølvkontroll på tross av høg funksjonssvikt og slik sjølvkontroll kan hos denne gruppe pasientar vera ein av dei få faktorane som er mottakeleg for intervensjon. Resultata frå studien visar at tiltak som betrar kjensla av deltaking hos Parkinsons pasientar er direkte relatert til sjølvkontroll, meistring og positiv innstilling, noko som er sær viktig for den psykososiale helsa til pasienten. Sjukepleietiltak for å fremje kjensle av deltaking hos pasientar med Parkinsons sjukdom viser seg frå resultata til den aktuelle studien å omhandle; undervisning av sjukdommen sine symptom, opplæring i kontroll av emosjonell og sosial engsting samt støtte og rådgjeving av både pasient og deira pårørande.

4.3 Artikkel 3

“Effect of psychiatric and other nonmotor symptoms on disability in Parkinson’s disease” (Weintraub et al., 2004).:

Resultata frå studien støttar seg til tidlegare funn om at psykiatriske og andre ikkje-motoriske symptom på Parkinsons sjukdom bidrar til sterk form av uførleik. Gjennomsnittsalderen på informantane i studien var 72,5år, der varigheita på sjukdommen i gjennomsnitt var 7,4 år. Når det gjaldt psykisk tilstand på informantane viste det seg at 29,7% av pasientane møtte kriteria for ei depressiv lidning, der 18,7% dreier seg om alvorlege depresjonar, og 21,1% av informantane kunne rapportere noverande psykotiske symptom. Resultata frå studien viste stor samanheng mellom auka invaliditet og noverande depresjon, lågare MMS skår, psykotiske symptom, høgare ESS skår og høgare skår på Apati-skala. Høg alder og langvarig sjukdom viste seg og å vera av stor tyding for den daglege funksjonen til Parkinsons pasienten og i kombinasjon av aukande depressive symptom og kognitiv svikt kan funksjonen til desse pasientane verta alvorleg redusert. Resultata frå studia påpeikar at rutinemessig kartlegging av ikkje-motoriske symptom hos Parkinsons pasienten vil vera avgjerande for ein heilskapande vurdering av aktuelle behandlingstiltak.

4.4 Artikkel 4

”Illness representations, coping and psychological adjustment to Parkinson’s disease” (Evans & Norman, 2009).:

Undersøkinga nytta “common sense model (CSM)” til ein predikasjon av psykiske plager ved Parkinsons sjukdom og avslørte regresjonsanalysar som viste stor variasjon i resultata som omhandla angst og depresjon. Særskild vart pasienten si oppfatning av alvorlege konsekvensar av sjukdommen knytt til eit høgt nivå av angst og depresjon, samt at sterke framstillingar om korleis sjukdommen påverkar deira kjensler vart assosiert med depresjon. Ved lavt oppfatta personleg kontroll viser studien at det var stor førekomst av angst blant

pasientane. Med tanke på kva verknad meistring har på psykiske plager, avslørte studien at bruk av unngåing og regresjon som meistringsstrategi var assosiert med høg førekomst av psykiske plager både i tverrsnitt og prospektivt. Resultata frå studien stadfestar verkelegheita av konsekvensane ein sjukdom har å sei for psykologisk tilpassing samt behovet for å vurdere både kognitive og emosjonelle representasjonar. Resultata stadfestar og viktigheita av oppfatningar om kva verknad personleg kontroll har på psykologisk tilpassing, dette til tross for at Parkinsons sjukdom kan representere lav kontroll då pasienten har liten innverknad på den degenerative prosessen av sjukdommen. Studien påpeikar at effektiviteten av noverande behandling dreiar seg for det meste om å skape ein kjensle av kontroll av symptoma hos pasienten i staden for å stoppe sjukdomsprosessen.

4.5 Artikkel 5

”Parkinson’s disease symptoms – patients’ perceptions” (Abudi, et al., 1997):

Resultata frå studien presenterar pasientane sine syn og opplevingar på dei ulike symptoma ved Parkinsons sjukdom. Ulikskapa mellom pasientane sine syn og opplevingar av symptoma og ”ekspertane” sine haldningar baserar seg på Parkinsons pasientar sin manglande evne til å utføre daglege aktivitetar. ”Ekspertane” forventa større påpeik frå pasientane i kategoritabellen motorisk funksjonshemming, medan pasientane la større vekt på dei mentale og psykososiale symptoma som bidragarar til dårlegare livskvalitet. Denne ulikskapa kan forklarast med å legge vekt på pasientane si oppleving av å meistre daglege grensingar og funksjonsutfordringar. Resultata frå studien la vekt på pleiarane sitt fokus på dei fysiske og motoriske symptoma ved sjukdommen som viktige kjelder til urettmessig vurdering av behova og kjenslene Parkinsons pasientar har.

4.6 Artikkel 6

“Social support and psychological outcome in people with Parkinson’s disease: Evidence for a specific pattern of associations” (Simpson et al., 2006):

Resultata frå undersøkinga bekrefta studien sin hypotese om ein samanheng mellom redusert oppleving av sosial støtte og negative psykologiske tilstandar. Det vart vist eit tydeleg mønster av tette relasjonar mellom partane som viser funn som; desto mindre tilfredsheit med eigen situasjon og sosial støtte desto høgare skår på skalaene for angst, depresjon og stress. Undersøkinga fann og ut at positiv innverknad på Parkinsons pasienten sin psykiske tilstand knytt til meir kvantitative vurderingar av sosial støtte, som t.d. antal pårørande, nære relasjonar og arbeidssituasjon, kan betre den psykiske tilstanden til pasienten. Studien påpeikar vidare at tilhøvet mellom sosial støtte og psykologisk utfall hos personar med

Parkinsons sjukdom visar seg å vera sær kompleks og at denne kompleksiteten bør setjast i lys når det kjem til terapeutiske forsøk på å lindre psykiske plager og fremme tilfredsheit og lykke hos Parkinsons pasienten.

5.0 Drøfting

Her vil eg drøfta problemstillinga mi; *Korleis kan ein som sjukepleiar møte pasientar med Parkinsons sjukdom og påfølgjande psykiske vanskar?* opp mot funna frå forskingsartiklane, samt anna litteratur og erfaringar. Hovudfunna frå artiklane omhandlar medkjensle, sosial støtte, relasjonsbygging, kartlegging, deltaking, undervisning og sjølvkontroll som viktige moment i møte med pasientar med Parkinsons sjukdom og psykiske vanskar, og vil vera grunnlaget for kapitteloppdelinga mi.

5.1 Medkjensle i møte med pasienten

Van der Cingel (2011) hevdar at medkjensle er ein verdifull prosess i sjukepleie retta mot eldre kronisk sjuke pasientar. Resultatet frå studia spann seg ut i sju ulike dimensjonar som på kvar sin måte er grunnelement i det å vise medkjensle; merksemd, lytte, konfrontere, involvere, hjelpe, vera tilstades og forstå. Dette står i samsvar med det Travelbee (2007) forklarar som viktige moment i det å yte medkjensle for eit sjukt menneske. Som ein profesjonell sjukepleiar skal ein involvere seg i pasienten sin situasjon, det er bare på den måten sjukepleiaren kan knyte seg til pasienten som eit unikt menneske, kommunisere med han på ein meningsfull måte og gje pasienten den støtta og hjelpa han treng. Travelbee definerar medkjensle som ”en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer” (Travelbee, 2007, s. 200) og forklarar vidare at det er gjennom medkjensle ein som sjukepleiar kan ta del i og forstå den sjuke sine plager, samstundes som ein har eit sterkt ynskje om å lindre desse plagene og hjelpe han. Involvering forklarar van der Cingel (2011) som ein av dei sju dimensjonane som har stor tyding for oppleving av medkjensle. Informantane frå studia forklarte involvering som eit grunnlag for engasjement, noko som for pasientane vil skape ei kjensle av å ikkje vera åleine med sine vonde og vanskelege kjensler. Travelbee (2007) støttar dette resultatet ved å forklare at sjukepleiaren må forsøkje å kjenne på det den sjuke kjenner og ha kjennskap til sine eigne kjensler for å kunne etablere eit hjelpande forhold til han. Eg forstår det som at utan å involvere seg i pasienten sine kjensler vil ikkje sjukepleiaren vera i stand til å gje pasienten konsekvent og konstruktiv hjelp og ein avstand til pasienten vert oppretta. Van der Cingel (2011) påpeikar at ved involvering i pasientane sine kjensler gjer det at ei kjensle av konfidensialitet og tillit verta skapt mellom

dei og sjukepleiaren, då slik gjensidig forståing gav pasientane ei kjensle av tryggleik. Som Nazarko (2005) gjev døme på, er trygging særskild viktig for pasientar med Parkinsons sjukdom. Særleg om dei er plaga med ikkje-motoriske symptom som depresjon og angst. Desse pasientane vil søkje konstant kontakt frå pleiarane rundt seg i form av å ringje på alarmen i tide og utide for ”kvar minste ting”, noko som kan vera irriterande for personalet. Erfaringar frå praksis viste meg at denne pasientgruppa vert møtt med mykje usikkerheit og frustrasjon frå pleiarane rundt. Pleiarane såg på Parkinsons pasientane som ”dei vanskelege” pasientane som heile tida søker hjelp og merksemd. Dette kan forklarast ved at det ofte i sjukepleiepraksis er ei type sperring for det å utøve medkjensle for pasientar, noko som kan grunnast sjukepleiarane si vitløyse om kva omgrepet inneberar eller vanskar med å utøve noko ein ikkje sjølv har opplevd. Om ein til dømes sjølv ikkje har opplevd korleis medkjensle kjennes er det ikkje like enkelt å sjå at andre kanskje treng denne form for omsorg. Om ein sjukepleiar har ei førestilling om at ein som menneske er dårleg integrert, kan dette påverke korleis ein ser på medkjensle ovanfor andre. Ein trur då at medkjensle kan skade pasienten som får det ”for godt” ved at alt vert gjort for han (Travelbee, 2007). På tross av ei slik førestilling påpeiker Travelbee (2007) at tillit bare kan oppstå dersom sjukepleiaren har sympati og medkjensle for den sjuke. Då må sjukepleiaren vise for pasienten at ho er til å stole på i form av å gjere det han krevjar, og eg forstår det som at denne prosessen går raskare dersom sjukepleiaren ordnar og hjelper pasienten med alt det han treng hjelp til og forklarar pasienten kvifor dersom det er noko som ikkje lar seg gjera. Dette står i samsvar med det van der Cingel (2011) fann ut frå sin studie. Pasientane i studien drog fram det å hjelpe som hovudelementet for korleis medkjensle tek form. Dei forklarte vidare at det var slik hjelpande handling frå sjukepleiaren si side som hadde størst påverknad på oppleving av medkjensle. Som eit ledd til dette resultatet kan Travelbee (2007) si forklaring om kva resultat medkjensle fører med seg stå sentralt. Ho forklarar at medkjensle vil gje sjukepleiaren ei kjensle av å hjelpe den sjuke og den sjuke ei kjensle av at sjukepleiaren hjelper han på grunnlag av at han er eit unikt menneske med eigne tankar og kjensler, noko som vil skape eit tillitsforhold mellom sjukepleiaren og pasienten. Dette støttar opp om integritetsbevarande sjukepleie, noko som i følgje Kirkevold (2010) vil gå ut på å sjå og respektere kvar einskild person. Då må sjukepleiaren ta omsyn til kvar einskild pasient sine ynskjer og det vil på den måten oppstå ei gjensidig forståing mellom sjukepleiar og pasient, noko som og vert påpeikt av van der Cingel (2011). Informantane frå studien, då særskild sjukepleiarane forklarte viktigeita av å forsøkje å forstå korleis den andre har det. Dette støtter Whitney (2004) opp om, ved å forklare at forståing av pasientane sine personlege tankar og erfaringar vil vera eit særskild viktig

tiltak for å auka deira livsgnist i sjukepleie retta mot pasientar med Parkinsons sjukdom. Ei slik forståing vil vera viktig for eit menneske, men og for det faglege perspektivet til sjukepleiaren (van der Cingel, 2011). Travelbee (2007) støttar opp om dette ved å forklare medkjensle som ”en erfaring som går forut og deretter vidareutvikles til gjensidig forståelse og kontakt, som er innbegrepet av menneske – til – menneske – forholdet”. Ein må som profesjonell sjukepleiar ikkje bare ha eit ynskje om å hjelpe pasienten, men og veta korleis ein skal yte hjelpa slik at medkjensle vert oppnådd.

5.2 Sosial støtte og relasjonsbygging

Funna frå Simpson et al. (2006) forklarar sosial støtte frå både helsepersonell og pårørande som ein særskild viktig påverkan for den psykiske tilstanden til pasientar med Parkinsons sjukdom. Dette er og noko Abudi et al. (1997) påpeikar. Dei forklarar at stereotypetisering av Parkinsons pasientar kan føre til urettmessig forståing ovanfor pasienten sin tilstand, då pasienten sine egne behov ikkje vert teken omsyn til. Eg forstår det som at det å nå inn til pasienten i form av å sjå på han som eit menneske og ikkje ”pasient” vera hovudelementet i det å hjelpe ein pasient med å meistre utfordringar sjukdommen gjev han. Eit slikt menneske – til – menneske – forhold mellom sjukepleiar og pasient har som mål å læra den einskilde pasienten å kjenna slik at hans personlege behov vert teken omsyn til (Travelbee, 2007). Dette kan på mange måtar samanliknast med det Aamodt (1998) forklarar som den gode relasjonen mellom to samarbeidande partar. Gjennom ein slik relasjon vil dei deltakande partane utveksle kjensler og tankar ved å ha aksept for kvarandre. Ved at det oppstår ei gjensidig forståing mellom pasienten og sjukepleiaren under ein slik relasjon meiner Kirkevold (2010) at dei behandlande tiltaka ovanfor pasienten vil verta meir retta mot den einskilde pasient sine behov, noko som vil gje gunstigare helseresultat for pasienten. Som Abudi et al. (1998) sine funn forklarar, vil behandlinga og tilnæringsmåten ved stereotypetisering av pasientar med Parkinsons sjukdom basere seg på generelle tiltak. Dette støttar Herlofson og Kirkevold (2010) opp om. Dei forklarar at i møte med Parkinsons pasientar vil det vera særskild viktig med individuelt tilpassa sjukepleie. Sjukepleiaren må då sjå pasienten bak symptoma og læra han å kjenne, noko som berre vil vera mogleg gjennom ein god relasjon. Som Bakken og Krebs (2008) viser til gjennom døme frå verkelegheita, har individuelt tilpassa sjukepleie stor tyding for Parkinsons pasienten og hans pårørande. ”Hallusinasjoner og forvirring gjør livet ekstra vanskelig. Hjelpemiddelet er der, men de har lite å tilby og heller ikke noe som er tilpasset den enkeltes behov” (Bakken og Krebs, 2008, s.93), forklarar ein pårørande. Dette støttar opp om det Bainbrindge og Ruscin (2009) påpeikar i høve til behandling av pasientar med

Parkinsons sjukdom. Dei meiner at behandlingresultatet vil verta tydeleg betre dersom det er eit godt samarbeid mellom den hjelpande instansen og pasienten. Ovanfor Parkinsons pasientar som har utvikla depressive symptom vil det t.d. vera nødvendig å yte b e fysisk og emosjonell støtte (Nazarko, 2005). Som Travelbee (2007) p apeikar må ein som sjukepleiar utvikle ei gjensidig forståing til den sjuke, for   veta kva behov den einskilde person har.

Aamodt (1998) meiner at det   nytte språket som eit reiskap i samhandling vil vera av stor tyding. Språket har stor makt d  alle menneske har ulike måtar   kommunisere på. Dette seier Kirkevold (2010) seg einig i. Ho forklarar at det i relasjonsbygging vil vera nyttig   nytte ein open kommunikasjon, noko som stillar særskilte krav til sjukepleiaren sine kommunikasjonsferdigheiter. Ved   nytte open kommunikasjon forstår eg at sjukepleiaren vil få kunnskap om unike og særeigne kjenneteikn ved pasienten og kan lære han   kjenne. Som Nobel (2007) forklarar bør sjukepleiarar i møte med pasientar med Parkinsons sjukdom ta seg tid til   kommunisere med og lytte til kva behov kvar einskild pasient har, noko Wressle, Engstrand og Gran rus (2007) støttar opp om. Dei p apeikar at pasientar med Parkinsons og deira pårørande vil trenge   verta sett, h yrt og støtta for at deira livskvalitet ikkje skal verta svekka. Som Travelbee (2007) forklarar vil sjukepleiaren gjennom kommunikasjon med pasienten ha moglegheit for   søkje og gje informasjon samt formidle omsorg. D  kan det vera gunstig med ein prim rsjukepleiar ordning slik at den einskilde pasient har ein fast sjukepleiar   halde seg til. Ei slik ordning kan som eg forstår det gje pasienten ei kjensle av tryggleik, noko som vil vera viktig for hans psykiske tilstand (Kirkevold, 2010). Dette støttar Simpson et al. (2006) sine funn opp om. Funna frå studien deira visar blant anna at det er samheng mellom oppleving av sosial støtte og psykiske vanskar hos Parkinsons pasientar. Eigne praksiserfaringar har vist meg at for pasientar med Parkinsons sjukdom og utvikla psykiske symptom vil tilknytning til få faste pleiarar vera av stor tyding. Til dømes viste det seg at for ein Parkinsons pasient med psykosesyntom, var det at ein fast pleiar samtalte med han utover dagen med på   redusere hallusinasjonane og vrangf restillingane han hadde. Hallusinasjonane og utryggleika til denne pasienten tok seg tydeleg opp når det var fleire ulike pleiarar involvert som alle på sin m te samhandla med pasienten. Dette støttar funna til Simpson et al. (2006) opp om. Funna forklarar at Parkinsons pasientar kan utvikle psykiske plager dersom støtta pasienten f r av dei rundt seg ikkje er hensiktsmessig, noko som understrekar viktigheita av   nytte støtte som tilnærmingsmåte i møte med Parkinsons pasientar med og utan psykiske symptom. Støtte som eit tiltak i møte med kronisk sjuke pasientar vil blant anna vera avgjerande for utviklinga av angst som følgje av sjukdommen

(Moksnes, 2004). Som Herlofson og Kirkevold (2010) forklarar vil det for pasientar med Parkinsons sjukdom, særleg med utvikla depressive symptom vera stor fare for sosial isolasjon, noko Simpson et al. (2006) sine funn påpeikar som ein sterk innverknad på Parkinsons pasienten sin psykiske tilstand. Dei forklarar ut frå funna at sjukepleietiltak som baserer seg på å betre den sosiale støtta rundt pasienten, vil vera med på å betre pasienten sin sjølvtilitt og dermed hans psykiske tilstand.

5.3 Kartlegging og observasjon

Weintraub, et al. (2004), Evans og Norman (2008) og Abudi et al (1997) fann alle i sine studiar at kartlegging av ikkje-motoriske symptom hos Parkinsons pasientar er eit særst centralt sjukepleietiltak i møte med denne pasientgruppa. Dette er noko Herlofson og Kirkevold (2010) støttar opp om. Dei forklarar at depresjon som eit ikkje-motorisk symptom hos Parkinsons pasientar ofte vert oversett og underbehandla og at slike symptom må verta kartlagt nøye for at dei kan verta diagnostisert og behandla på rett måte. Eg forstår det som at årsaka til underdiagnostisering – og behandling av psykiske plager hos eldre ofte handlar om lite kompetanse i primærhelsetenesta, og at diagnostisering og behandling av slike plager bør gå føre seg i spesialisthelsetenesta der kompetansen er høg nok (Engedal, 2008). Som Nobel (2007) forklarar vil det t.d. vera vanskeleg å diagnostisere og behandle ikkje-motoriske symptom hos Parkinsons pasientar i form av generelle målingsskjema, og innspel frå psykiater og psykologar som har erfaring med denne pasientgruppa vil vera avgjerande for ei grundig kartlegging av pasienten sin tilstand. Undersøkinga gjort av Weintraub et al. (2004) nytta fleire ulike og grundige vurderingsskjema for å kartleggje depresjon, psykose og andre ikkje-motoriske symptom hos informantane. Studia støttar opp om viktigheita av avanserte og grundige kartleggingstestar for å kartleggje slike symptom hos Parkinsons pasientar. Eg forstår kartlegging som eit avgjerande sjukepleietiltak for det vidare arbeidet med pasienten, i høve til behandling, tilnæringsmåte, relasjonsbygging og sjølv tilstanden til pasienten. Dette støttar Travelbee (2007) opp om. Ho forklarar at sjukepleie alltid skal starte med observasjon der ein samlar inn informasjon og denne prosessen vil vera lik same om hensikta er å vurdere behandlingstiltak, sjå etter sjukdomsteikn eller avdekke teikn på angst eller depresjon. Det er ved å observere at ein kan finne fram til pasienten sitt problem for så å setje i verk tiltak, hjelpe legen med å setje ein diagnose, vurdere behandling, førebyggje komplikasjonar og observere vidare sjukdomsteikn. Eg forstår det som at psykiske symptom hos pasientar med Parkinsons sjukdom kan behandlast farmakologisk, men at det likevel viser seg at ikkje-farmakologisk behandlingstiltak vil vera det mest effektive for desse pasientane

(Rongve et al., 2012). Dette støttar Bainbridge og Ruscin (2009) opp om. Dei påpeikar at fleire studiar har vist ein samanheng mellom minst mogleg farmakologisk behandling og betre livskvalitet hos pasientar med Parkinsons sjukdom. Nazarko (2005) forklarar på si side at farmakologisk behandling i form av t.d. antidepressive legemiddel ved depressive symptom hos eldre pasientar med Parkinsons sjukdom, bør vurderast nøye grunna dei alvorlege biverknadane slike legemiddel kan gje. Som forklart innbefattar psykiske symptom hos Parkinsons pasienten eit komplekst samspel mellom legemiddel biverknadar, emosjonell tilstand og sjukdomma sin degenerative prosess (Larsen & Årsland, 2004). Dette gjer at denne pasientgruppa vil trenge ei heilt anna form for behandling og tilnæringsmåte (Herlofson & Kirkevold, 2010). På tross av at det er vanskeleg å oppdage slike symptom hos denne pasientgruppa med alle dei motoriske symptoma pasientane har (Abudi et al., 1997), meiner Snyder og Adler (2007) at sjukepleiaren kan vera med på å redusere ytterleg funksjonssvikt og institusjonalisering hos pasienten ved å kartleggje, setje i verk og vurdere tiltak. Til dømes vil det vera viktig å kartleggje psykosesymptom hos Parkinsons pasienten, då slike symptom er relatert til høg førekomst av innlegging i institusjon og auka dødleghet. Ved å kartleggje og behandle slike symptom tidleg meiner Rongve et al. (2012) at Parkinsons pasienten får ein betre prognose på lang sikt.

Som funna frå Abudi et al. (1997) sin studie forklarar ser ein at fagpersonellet si vurdering av kva symptom som påverkar kvardagen til Parkinsons pasientar mest er feilvurdert. Informantane frå studien, i form av pasientane, omtalar ikkje-motoriske symptom som t.d. depresjon som eit meir graderande symptom av sjukdommen enn dei fysiske og motoriske avgrensingane dei har. Funna viser vidare at sjukepleiarar ofte har ein tendens til å henge seg opp i dei motoriske symptoma til Parkinsons pasienten og på den måten unøyaktig oppfatte korleis pasienten egentleg har det. Dette strider imot det Travelbee (2007) påpeikar som viktigheita ved det å observere det sjuke mennesket. Ho forklarar at sjukepleiarane må observere sjølve mennesket og ikkje bare sjukdomsteikna, då ein står ovanfor eit reelt menneske med ein heilskapande kontekst. Ein må læra pasienten å kjenna for at ein på best mogleg måte kan kartleggje og vurdere pasienten sin tilstand, og ein må identifisere behova til pasienten før ein kan behandle dei. Dette er og noko funna frå Weintraub et al. (2004) sin studie støttar. Funna forklarar viktigheita av ei heilskapande vurdering av Parkinsons pasienten sin tilstand, ved bruk av ulike vurderingsskjema og kartlegging av pasienten sin somatiske, nevrologiske og funksjonelle tilstand. Til dømes vil viktige behandlingstiltak i møte med Parkinsons pasientar med psykosesymptom vera å undersøkje og utelukke moglege

årsaker som t.d. somatisk sjukdom eller biverknader på legemiddelbehandlninga. På den måten vil ein få eit betre behandlingsgrunnlag (Aarsland, 2008). Likevel er det viktig i følgje Evans og Norman (2008) å leggje vekt på dei psykiske plagene til Parkinsons pasienten. Dei fann blant anna i sin studie at det er eit stort behov for å vurdere både kognitive og emosjonelle representasjonar hos Parkinsons pasientar. Dette kan i følgje informantane frå studien vera med på å betre den psykologiske tilpassinga til pasienten. Som Snyder og Adler (2007) forklarar vil god kartlegging og behandling av depresjon hos Parkinsons pasientar vera av stor tyding, då slike plager har stor påverknad på pasientane sin kognitive tilstand, fysiske funksjon og livskvalitet.

5.4 Undervisning og deltaking gjev pasienten sjølvkontroll

Både undersøkinga gjort av Chenoweth et al. (2008) og Evans og Norman (2008) viste frå funna at oppleving av sjølvkontroll og sjølvbestemming i form av deltaking er av stor tyding for pasientar med Parkinsons sjukdom. Det viser seg at ein pasient si evne til å ta del i vurderingar som omhandlar han sjølv berre kan verta støtta dersom sjukepleiaren tek omsyn til den einskilde pasient sin integritet (Kirkevold, 2010). Ved å sjå på den andre part som eit einskild og unikt menneske vil personen få ei oppleving av å kjenna seg inkludert og som ein deltakande part (Bredland, Linge & Vik, 2011). På tross av ein del negative haldningar til eldre med psykiske plager, er det ikkje vist at denne pasientgruppa har dårlegare effekt av behandling som består av sjølvforståing og ny læring (Nordhus & Nielsen, 2001). Dette støttar Kirkevold (2010) opp om. Ho påpeikar at på tross av sjukdom og funksjonsvikt hos eldre har dei ikkje nedsett evne til å læra og ta imot informasjon. Likevel påpeikar Nordhus og Nielsen (2001) at eldre kan ha sterke motførestillingar mot å søkje psykologisk hjelp. Dette kan skuldast deira vitløyse og mangel på kunnskap. Her spelar sjukepleiaren si evne til å utøve god sjukepleiefagleg kompetanse ovanfor den einskilde pasient ei sentral rolle (Kirkevold, 2010). Som Herlofson og Kirkevold (2010) forklarar vil solid kunnskap om sjukdommen og konsekvensane av den vera avgjerande for utøvinga av sjukepleie retta mot pasientar med Parkinsons sjukdom. På den måten vil pasienten få ein større moglegheit for å vurdere og gjere sluttingar for sin eigen situasjon. Dette støttar Travelbee (2007) opp om ved å forklare viktigheita av helsefremjande undervisning og informasjon. Ved å gje slik undervisning og informasjon til pasienten kan sjukepleiaren få innsikt i pasienten sine haldningar til sjukdommen og på den måten hjelpe han til å oppnå optimal helse og finne mening i sin sjukdomstilstand. Som Evans og Norman (2008) forklarar i sin studie vil pasientar med Parkinsons sjukdom si oppfatning av sin sjukdomstilstand vera med på å

påverke korleis dei tilpassar seg sjukdommen. Dette kan i følge Evans og Norman vera av stor tyding for førekomsten av psykiske plager hos denne pasientgruppa. Ved å nytte ”Common sense modellen” fann Evans og Norman ut at på tross av liten påverknadseffekt på den degenerative prosessen av sjukdommen, kan Parkinsons pasientar oppleve å ha personleg kontroll over sin tilstand, noko som vil vera avgjerande for pasienten sin psykologiske tilpassing. Til dømes vil oppleving av lav personleg kontroll og alvorlege konsekvensar av sjukdommen gjere risikoen for utvikling av ikkje-motoriske symptom som t.d. angst og depresjon større. Dette støttar opp om egne erfaringar frå praksis der eg møtte ein pasient med Parkinsons sjukdom som tålte få påkjenningar og utfordringar før angsten hans tok overhand. Som funna til Evans og Norman (2008) påpeikar vil Parkinsons pasientar få ei kjensle av auka kontroll over sin tilstand dersom sjukepleiarane rundt gjev dei informasjon om konsekvensane sjukdommen har samt måtar å handtere desse konsekvensane på. Dette viste seg og frå eigen praksis. Den same pasienten som tålte få påkjenningar hadde god effekt av informasjon, rådgevingad og støtte frå personalet rundt. Desse tiltaka gav pasienten motivasjon til å meistre ulike utfordringar og angsten vart tydeleg betre. Som Travelbee (2007) påpeikar bør sjukepleiaren setje til lys dei problema den sjuke står ovanfor slik at han vert førebudd på korleis desse problema på best mogleg måte kan handterast. Ein må då etablere eit godt forhold til pasienten for så å undervise i form av å gje informasjon, oppmuntring og motivasjon til både pasienten sjølv og hans pårørande. Dette støttar Nobel (2007) opp om. Han påpeikar at angst og depresjon hos pasientar med Parkinsons sjukdom kan påverke motivasjonen deira og dermed rehabiliteringsprosessen negativt, noko som støttar viktigeita av god informasjon frå personalet i form av munnleg forklaring og nedskrivne dokument.

Som funna frå Chenoweth et al. (2008) sin studie påpeikar, er oppleving av sjølvkontroll hos Parkinsons pasientar ein av dei få faktorane som er mottakeleg for intervensjon. Ved å oppleve seg sjølv som ein deltakande part forklarte informantane frå studia at deira sjølvkontroll, meistringsevne og sjølvbestemming vart auka, og dei forklarte sjukepleiarane og dei pårørande som viktige ytarar for denne opplevinga. Gjennom undervisning av symptom, emosjonelt – og sosialt engasjement, støtte og rådgevingad meiner informantane frå studia at deira kjensle av deltaking vert betra, noko som vil vera viktig for den psykososiale helsa deira. Dette støttar Travelbee (2007) opp om. Ho forklarar at den profesjonelle sjukepleiaren si rolle i høve til helsefremjande undervisning er å hjelpe den sjuke og hans pårørande til å førebyggje sjukdom, meistre erfaringar og finne mening med sjukdommen.

Til dømes vil fokus på palliativ behandling i møte med pasientar med Parkinsons sjukdom vera med på å auka livskvaliteten til pasientane ved at dei får hjelp til å sjå meaning i sjukdommen for så å meistre utfordringar den gjev dei (Mallick, 2009). Informasjon om sjukdommen, behandlinga og ulike hjelpemiddel er som eg forstår det med på å auke kompetansen til Parkinsons pasientar (Herlofson & Kirkevold, 2010), noko som i følgje Chenoweth et al. (2008) vil vera avgjerande for kvar einskild pasient si kjensle av deltaking og dermed sjølvkontroll.

6.0 Avslutting

Parkinsons sjukdom fører med seg ei rekke motoriske symptom. Det har likevel vist seg at det er dei ikkje-motoriske symptoma som t.d. depresjon, angst og psykose, som plagar denne pasientgruppa mest. For sjukepleiarar vil det i møte med eldre pasientar med Parkinsons sjukdom og påfølgjande psykiske vanskar, vera viktig å skape ein god relasjon som byggjer på medkjensle for og støtte til pasienten. På tross av høg alder, sjukdom og ein dårleg psykisk tilstand er denne pasientgruppa mottakeleg for informasjon og undervisning. At sjukepleiaren gjer ei grundig kartlegging av pasienten sin situasjon og vidare informerer og underviser pasienten, kan betre hans sjølvkontroll og sjølvtilitt. I praksis er det ofte dei fysiske avgrensingane pasientar med Parkinsons har som er i fokus hos pleiarane. Sjukepleie basert på oppdatert kunnskap og erfaring kan gje denne pasientgruppa gode reiskapar til å takle dei psykiske utfordringane dei står ovanfor. Frå pasienten si side vil det å verta møtt som eit einskild, unikt menneske og deltakande part vera av størst tyding for kor mykje dei psykiske vanskane påverkar kvardagen deira, noko som bør vera eit sentralt fokus i sjukepleiepraksis.

7.0 Kjelder

- Aamodt, L.G. (1998). *Den gode relasjonen. – støtte, omsorg eller anerkjennelse?*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Aarsland, D., Pedersen, K.F., Ehrt, U., Bronnick, K., Gjerstad, M.D. & Larsen, J.P. (2008). Nevropsykiatriske og kognitive symptomer ved Parkinsons sykdom. *Tidsskrift for den norske legeforening nr.18 2008; 128: 2072-6*. Henta frå <http://tidsskriftet.no/lts-pdf/pdf2008/2072-6.pdf>
- Abudi, S., Bar-Tal, Y., Ziv, L. & Fish, M. (1997). Parkinson's disease symptoms – patients' perceptions. *Journal of Advanced Nursing 25(1): 54-9*. Henta frå <http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=41ce4199-ecbd-4cbb-9151-147e79e6a25b%40sessionmgr115&hid=123>
- Bainbridge, J.L. & Ruscin, J.M. (2009). Challenges of treatment adherence in older patients with Parkinson's disease. *Drugs & Aging 26(2): 145-55*. Henta frå <http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=41ce4199-ecbd-4cbb-9151-147e79e6a25b%40sessionmgr115&hid=123>
- Bakken, P.K. & Krebs, L. (2008). *Livet med Parkinson – slik vi opplever sykdommen*. Oslo: Norges Parkinsonforbund.
- Bredland, E.L., Linge, O.A. & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse. Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brown University Geriatric Psychopharmacology Update (2004). Understanding and treating psychosis in Parkinson's disease. *Brown University Geriatric Psychopharmacology Update 8(4): 1, 3-4*. Henta frå <http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=41ce4199-ecbd-4cbb-9151-147e79e6a25b%40sessionmgr115&hid=123>
- Chenoweth, L., Gallagher, R., Donoghue, J. & Stein-Parbury, J. (2007). Factors supporting self-management in Parkinson's disease: implications for nursing practice. *Nursing Ethics 18(5): 672-685*. Henta frå <http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=41ce4199-ecbd-4cbb-9151-147e79e6a25b%40sessionmgr115&hid=123>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Dietrichs, E. (2010). Nevrologiske sykdommer. I: D. Jacobsen, S.E. Kjeldsen, B. Ingvaldsen, T. Buanes & O. Røise. (2010). *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Engedal, K.(2008). *Alderpsykiatri i praksis*. Oslo: Aldring og helse Forlaget
- Evans, D. & Norman, P. (2009). Illness representations, coping and psychological adjustment to Parkinson's disease. *Psychology & Health* 24(10): 1181-96. doi: 10.1080/08870440802398188.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.
- Hamilton, I.S. (2001). *Aldringens psykologi. Grundbog i gerontopsykologi*. København: Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A/S.
- Herlofson, K. & Kirkevold, M. (2010). Pakinsons sykdom. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff. (2010). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, M. (2010). Den gamles integritet. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff. (2010). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, M. (2010). Gammel og syk. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff. (2010). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, M. (2010). Individuell sykepleie. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff. (2010). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, M. (2010). Samarbeid med pasient og pårørende. . I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff. (2010). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, M. (2003). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Kristoffersen, N.J. (2009). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug, (2009). *Grunnleggende sykepleie, bind 4*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N.J., & Nordtvedt, P. (2010). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. . I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug, (2010). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2010). Om sykepleie. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug, (2010). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvaal, K. (2010). Angst og depresjon. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff. (2010). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Larsen, J.P. & Årslund, D. (2004). Parkinsons sykdom hos gamle – en sykdom med både motoriske og nevropsykiatriske symptom. I: K. Engedal & T. B. Wyller, (2004). *Aldring og hjernesykdommer*. Oslo: Akribe Forlag.
- Mallick, S. (2009). Palliative Care in Parkinson's Disease: Role of Cognitive Behavior Therapy. *Indian Journal of Palliative Care* 15 (1): 51-6. doi: <http://dx.doi.org/10.4103/0973-1075.53512>
- Moksnes, K.M. (2004). Depresjon og angst hos eldre. I: K. Engedal & T. B. Wyller, (2004). *Aldring og hjernesykdommer*. Oslo: Akribe Forlag.
- Nazarko, L. (2005). Part three: Psychological effects of Parkinson's disease. *Nursing & Residential care* 7(6): 261-4. Henta frå <http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=41ce4199-ecbd-4cbb-9151-147e79e6a25b%40sessionmgr115&vid=9&hid=123>
- Nobel, C. (2007). Understanding Parkinson's disease. *Nursing Standard* 21(34): 48-56, 58, 60. Henta frå <http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=41ce4199-ecbd-4cbb-9151-147e79e6a25b%40sessionmgr115&hid=123>

- Ranhoff, A.H. (2010). Den gamle pasienten. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff. (2010). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ranhoff, A.H. (2010). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff. (2010). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Rongve, A., Auning, E., Ehrt, U. & Årslund, D. (2012). Psykose ved Parkinsons sykdom. *Tidsskrift for den norske legeforening nr.2 2012; 132: 155-8*. doi: 10.4045/tidsskr.11.0723
- Simpson, J., Haines, K., Lekwuwa, G., Wardle, J. & Crawford, T. (2006). Social support and psychological outcome in people with Parkinson's disease: Evidence for a specific pattern of associations. *British Journal of Clinical Psychology 45, 585-590*. doi: 10.1348/014466506X96490
- Snyder, C.H. & Adler, C.H. (2007). The patient with Parkinson's disease: Part 2 – Treating the nonmotor symptoms. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 19(4): 179-97*. doi:10.1111/j.1745-7599.2007.00211.x.
- Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Van der Cingel, M. (2011). Compassion in care: A qualitative study of older people with a chronic disease and nurses. *Nursing Ethics 18(5): 672-85*. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733011403556>
- Weintraub, D., Moberg, P.J., Duda, J.E., Katz, I.R. & Stern, M.B. (2004). Effect of psychiatric and other nonmotor symptoms on disability in Parkinson's disease. *Journal of the American Geriatrics Society 52(5): 784-8*. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52219.x.
- Whitney, C.M. (2004). Maintaining the square: how older adults with Parkinson's disease sustain quality in their lives. *Journal of Gerontological Nursing 30(1): 28-35*. Henta frå <http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=41ce4199-ecbd-4cbb-9151-147e79e6a25b%40sessionmgr115&vid=6&hid=123>

Wressle, E., Engstrand, C. & Granèrus, A-K. (2007). Living with Parkinson's disease: Elderly patients' and relatives' perspective on daily living. *Australian Occupational Therapy Journal* 54 (2): 131-9. Henta frå

<http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=41ce4199-ecbd-4cbb-9151-147e79e6a25b%40sessionmgr115&vid=4&hid=123>

Vedlegg 1 – Oversikt over funn i tabell

Artikkel	Hensikt	Metode	Utval	Resultat
<p>“Compassion in care: A qualitative study of older people with a chronic disease and nurses” (Van der Cingel, 2011).</p>	<p>Å forstå nytta av medkjensle som eit sjukepleietiltak I møte med eldre kronisk sjuke pasientar.</p>	<p>Kvalitativ undersøking med dybdeintervju som metode.</p>	<p>Pasientar over 65år med kroniske lidingar og sjukepleiarar med minimum 5års erfaring.</p>	<p>Resultata viser medkjensle i sju ulike dimensjonar: merksemd, lytte, konfrontere, involvere, hjelpe, å vera til stades og forstå. Medkjensle vart funne å vera ein verdifull prosess som gjev motivasjon til både pasienten og sjukepleiaren i høve til å samarbeide mot same mål.</p>
<p>“Factors supporting self-management in Parkinson’s disease: implications for nursing practice” (Chenoweth et al., 2007).</p>	<p>Å identifisere faktorar assosiert med betre sjølvkontroll hos personar med moderat til sterkt prega sjukdomstilstand.</p>	<p>Ein prospektiv forklarande studie der spørreskjema er nytta som metode.</p>	<p>75 personar med Parkinsons sjukdom i alderen over 55år, som sjølv svarar på spørreskjemaet ut frå oppleving av eigen situasjon, helsestatus, symptom og behandling.</p>	<p>Resultata viser viktige faktorar for sjølvkontroll hos pasientar med Parkinsons sjukdom. Desse faktorane visar seg å vera ei kjensle av deltaking, både relatert til det å vurdere eiga helse, overvake symptomutvikling og setje i verk tiltak for å oppretthalde god helse og funksjon. Resultata forklarar og tydinga både pårørande og helsepersonell har å sei for</p>

				desse faktorane.
“Effect of psychiatric and other nonmotor symptoms on disability in Parkinson’s disease” (Weintraub et al., 2004).	Å undersøke påverknaden depresjon og andre ikkje-motoriske symptom har på funksjonsevna til pasientar med Parkinsons sjukdom.	Tverrsnittundersøking av ein praktisk prøve hos pasientar med Parkinsons sjukdom.	114 pasientar med etablert eller nydiagnostisert Parkinsons sjukdom deltok i studien. Gjennomsnittsalderen på informantane var 72,5år.	Resultata støttar tidlegare funn om at psykiske symptom hos pasientar med Parkinsons sjukdom bidrar til tydeleg uførleik. Screening for desse symptoma er nødvendig for å kunne meir fullstendig forklare dei funksjonelle avgrensingane.
”Illness representations, coping and psychological adjustment to Parkinson’s disease” (Evans & Norman, 2009).	Studien ville utvide tidlegare arbeid ved å tilsette ei potensiell utforming for å undersøkje forholda mellom sjukdom, meistring og psykiske plagar hos eit utval pasientar med Parkinsons sjukdom.	Studien nytta spørreskjema som metode.	57 Menn og kvinner mellom 18-65år som hadde hatt Parkinsons sjukdom i minimum 6mnd.	Resultata støttar viktigheita oppfatning av konsekvensar av ein sjukdom har på pasienten sin psykologiske tilpassing. Resultata påpeikar og at behovet for å vurdere både kognitive og emosjonelle representasjonar hos denne pasientgruppa er stort.
”Parkinson’s disease symptoms – patients’ perceptions” (Abudi, et al., 1997).	Undersøke pasientar med Parkinsons sjukdom si oppleving av sine symptom i høve til det “ekspertane” ser på som viktige symptom.	Studien nytta intervju som metode.	39 pasientar, 10 kvinner og 29 menn med Parkinsons sjukdom vart intervjuet. Alle pasientane hadde eit sjukdomsforløp på mellom 8-14år og snittalderen var	Resultata visar eit samsvar mellom ekspertvurderingar og pasientane si oppleving når det gjeld dei motoriske symptoma. Det kjem likevel

			mellom 70-79år.	fram i studien sine resultat at det er dei mentale og psykososiale symptoma som plager denne pasientgruppa mest.
“Social support and psychological outcome in people with Parkinson’s disease: Evidence for a specific pattern of associations” (Simpson et al., 2006).	Å undersøkje forholdet mellom sosial støtte og psykologisk funksjon hos pasientar med Parkinsons sjukdom.	Studien nytta individuelle intervju som metoden. Intervjua gjekk føre seg i heimen til pasientane og varte i ca. 1t.	34 personar, 24 menn og 10 kvinner med Parkinsons sjukdom deltok i studien. Gjennomsnittsalderen på informantane var 64,29år og dei hadde vore ramma av sjukdommen i gjennomsnitt 6,06år.	Resultata støttar studien sin hypotese om at det er ein samanheng mellom sosial støtte og psykiske tilstandar hos pasientar med Parkinsons sjukdom. Studien konkluderar med å understreke viktigheita av å nytte sosial støtte i møte med denne pasientgruppa, då dette tiltaket kan vera med på å redusere psykiske vanskar hos pasientane.