



Høgskulen på Vestlandet

Innlevering av Bacheloroppgave

SYKF390-O-2024-VÅR-FLOW assign

Predefinert informasjon

Startdato:	04-06-2024 09:00 CEST
Sluttdato:	06-06-2024 14:00 CEST
Eksamensform:	Bacheloroppgave
Termin:	2024 VÅR
Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Flowkode:	203 SYKF390 1 O 2024 VÅR
Intern sensor:	(Anonymisert)

Deltaker

Kandidatnr.:	118
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7777
----------------------	------

Egenerklæring *:

Ja

**Jeg bekrefter at jeg har
registrert**

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Ja

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	23
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Når livet går langsammere- eit liv med Parkinsons

When life goes slower- a life with Parkinson's disease

Kandidatnummer 118

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Tal ord: 7777

Innleveringsdato: 06. 06. 2024

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Samandrag

Tittel: Når livet går langsamare- eit liv med Parkinsons

Bakgrunn for val av tema: Gjennom praksis har eg fått møte fleire med Parkinsons sjukdom. Noko desse møta hadde til felles var inntrykket det gav meg om lange dagar og behov som ikkje alltid blei møtt. Eg blei merksam på at Parkinsons er meir enn berre ein fysisk sjukdom, men har også store psykiske konsekvensar. Denne oppgåva er eit ynskje om å sette lys på depresjonen som kan følge med denne sjukdommen, samt auke kunnskapen om korleis sjukepleiar kan bidra til å auke meistring og livskvalitet hos denne pasientgruppa.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar bidra til auke av meistring og livskvalitet hos Parkinsons pasientar med depresjon?

Metode: Denne oppgåva er ei systematisk litteraturstudie, som er basert på relevant fag- og forskingslitteratur. Oppgåva er til slutt samanfatta for å kunne best mogleg svare på problemstillinga.

Resultat: Gjennom fag- og forskingslitteratur blei det belyst ulike tiltak som kan settast i verk for å bidra til auke av meistring og livskvalitet hos Parkinsons pasientar med depresjon. Fysisk aktivitet, gode relasjonar og kommunikasjon, viste seg å vere viktig for denne pasientgruppa. Ved å rette fokus på verdifull kommunikasjon og relasjon, skape rom og tid, og fremja fysisk aktivitet blei det vist å førebygge depresjon, betre sjukdomsutvikling, samt styrke pasienten si kjensle av eigenmeistring, kjensle av sjølvtilit og tryggleik. Desse faktorane blei vist å bidra til pasienten si kjensle av auka meistring og livskvalitet.

Nøkkelord: Parkinsons pasientar, livskvalitet, meistring, depresjon, sjukepleie

Abstract

Title: When life goes slower- a life with Parkinson's disease

Background for chosen topic: Throughout my practices, I have met several people with Parkinson's disease. Something most of these encounters had in common, was the impression of patients experiencing long days and unfulfilled needs. I became aware that Parkinson's is more than just a physical disease, but also followed with significant psychological consequences. This is an attempt of shedding light on the depression that could accompany Parkinson's disease and increase knowledge on nurses' intervention that could contribute to increased coping mechanisms surrounding their disease and quality of life.

Approach: How can nursing contribute to an increased quality of life, and the strengthening of coping mechanism in patients with Parkinson's disease, who also suffers from depression?

Method: The method used is systematic literature review, which is based on academic- and research literature. This literature will then be summarized to support this paper's approach.

Result: I have shown through theory and research, different measures that if implemented, can contribute to a strengthened quality of life and coping mechanisms, for patients with Parkinson's disease suffering depression. Physical activity, good relations and communication was shown to have a meaningful effect on these patients. Focusing on communication and relations, creating time and space, and promoting physical activity, was shown to prevent depression, improve disease progression, and strengthen the feeling of coping, safety, and self-esteem. These factors were shown to contribute to the patients' feeling of increased coping and quality of life.

Keywords: Parkinson's disease, quality of life, coping mechanisms, depression, nursing

Innholdsliste

1.0 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensing av problemstilling og sentrale omgrep.....	2
1.3.1 Meistring.....	3
1.3.2 Livskvalitet	3
1.4 Oppbygging på oppgåva.....	3
2.0 Teori	4
2.1 Parkinsons sjukdom og depresjon	4
2.1.1 Fysisk aktivitet som symptomlindring	5
2.2 Den heimebuande Parkinsons pasienten.....	5
2.3 Omsorgsteori og personsentrert omsorg.....	6
2.4 Kommunikasjon og relasjon som helsefremjande faktor	7
2.5 Yrkesetiske retningslinjer, etiske prinsipp og lovverk	8
3.0 Metode	9
3.1 Litteraturstudie som metode	9
3.2 Søkeprosessen.....	9
3.3 Kjeldekritikk	11
3.4 Etisk vurdering	12
4.0 Resultat frå forskning	12
4.1 Psykisk- og fysisk helse som faktor for livskvalitet	13
4.2 Verdifull kommunikasjon.....	14
4.3 Sjukepleierolla som faktor for livskvalitet	14
5.0 Drøfting	15
5.1. Kommunikasjon og relasjon.....	16
5.2 Trygghet kan fremjast med tid	18
5.3 Fysisk aktivitet gjev meistring og psykisk helsegevinst.....	20
5.4 Metodediskusjon.....	21
6.0 Konklusjon	22

Referanseliste	24
Vedlegg 1: Dokumentasjon av søk	1
Vedlegg 2: Litteraturmatrise.....	4

Tabelloversikt:

Tabell 1: PICO-skjema med MESH- og tekstord.....	10
Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterium	11

1.0 Innleiing

Det er ikkje mange ord som skal til for at livet plutselig får ei ny vending, ei ny meining og eit nytt utfall. Å få ei diagnose, ein kronisk sjukdom kan nemleg ha denne krafta. Livet med Parkinsons blir aldri det same som livet før diagnosen blei stilt, og tidsperspektivet blir frå no av delt inn i før og no (Bøe, 2015, s. 7). Ein anslår at kring 7000-8000 nordmenn lev med Parkinsons sjukdom, og om lag 500 får diagnosen årleg (Pedersen & Fiske, 2023 s. 47; Fonn, 2017). Depresjon er ein av konsekvensane som kan følge med Parkinsons sjukdom, gjerne som følge av å få påvist ein kronisk progressiv sjukdom, men også som eit mogleg symptom på sjukdomen (Herlofson & Kirkevold, 2020, s. 494 Humberstet et al., 2022, s. 345). Denne blir oftast underbehandla, men har eit betydeleg bidrag på pasienten sin sjukdomsbyrde, og kan ha ein negativ innverknad på pasienten si livskvalitet og livsutfalding (Humberstet et al., 2022, s. 345).

Som sjukepleiar i heimesjukepleia møter ein gjerne ikkje Parkinsons pasienten før hjelpebehovet er omfattande, ettersom dei fleste lev sjølvstendig i eiga heim (Herlofson & Kirkevold, 2020, s. 498). Her vil hjelpebehovet variere ut i frå sjukdommens alvorsgrad. På grunn av sjukdomsprogresjonen si variasjon og verknad på livskvalitet, er det viktig å tilpasse sjukepleia for den individuelle (s. 504). På same tid blir relasjonsbygging forklart som ein viktig føresetnad for å styrke pasienten si kjensle av å bli tatt på alvor, samt vere eit særigeit individ. Sjukepleiaren sitt ansvar for å utforme ein tilpassa individuell plan, fremje medverknad og forsvarleg sjukepleie blir forankra gjennom lovverk og yrkesetiske retningslinjer (Pasient- og brukerretektighetsloven, 1999, §2-1 og §3-1; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §7 og §4; Norsk Sykepleierforbund, 2023).

1.1 Bakgrunn for val av tema

Frå egne erfaringar gjennom arbeid og praksis, har eg fått møte fleire pasientar med Parkinsons. Noko eg opplever hos dei fleste pasientane, er at det er meir fokus på dei fysiske symptoma, samt korleis å lindre dei, noko som gjev mindre fokus på dei psykiske symptoma og påkjenningane. Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar understrekar at sjukepleiar skal

understøtte pasienten sine ressursar, meistring, håp og livsmot, samt ivareta den enkelte sine behov (Norsk Sykepleierforbund, 2023).

Bakgrunn for val om temaet «Parkinsons pasientar med depresjon» er eit ynskje om å tileigne meir kunnskap, samt djupe forståinga kring konsekvensane depresjon kan ha på denne pasientgruppa. I tillegg ynskjer eg å auke kunnskap om kva sjukepleiar kan gjere for å bidra til auke av meistring og livskvalitet hos pasienten med Parkinsons.

1.2 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar bidra til auke av meistring og livskvalitet hos Parkinsons pasientar med depresjon?

1.3 Avgrensing av problemstilling og sentrale omgrep

Eg har valt denne problemstillinga fordi den speglar ein aktuell utfordring for pasientar med kronisk sjukdom. Samstundes har problemstillinga ein relevans for kommunehelsetenesta, som gjerne jobbar med denne pasientgruppa over lengre tid.

Eg har valt å ta for meg pasientar med diagnosen Parkinsons, som bur i eiga heim og får tenester frå den kommunale heimesjukepleia. Alderen på den inkluderte pasientgruppa vil vere over 65 år, ettersom denne sjukdommen oftast debutera ein stad mellom 50-70 år (Humberset et al., 2022, s. 343; Herlofson & Kirkevold, 2020, s. 492). Eg avgrensa pasientgruppa mi til ei gruppe med tydeleg funksjonssvikt, som gjer til at heimesjukepleia er innom fleire gongar for dag. Pasientgruppa treng også hjelp med aktivitetar i dagleglivet, som til dømes støtte ved gonge, tilrettelegging i matsituasjon, samt tilrettelegging for personleg hygiene. Omgrepet «depresjon» vil i denne oppgåva bety at symptoma på depresjon har vore til stades i meir enn to veker. Det vil ikkje bli lagt fokus på om pasientane har fått ein klinisk diagnose på depresjon. Pårørande vil ikkje bli inkludert i oppgåva, til tross som at dei kan ha stor påverknad på pasienten si psykiske helse. Medikamentell behandling vil ikkje bli inkludert som eit tiltak i denne oppgåva. Det vil heller ikkje bli lagt fokus på kjønn i oppgåva,

då det ikkje har relevans for problemstillinga. Livskvalitet i denne oppgåva vil bli definert etter pasienten si kjensle av meistring og fråvær av psykiske plagar, som depressive symptom og vonde følelsar.

1.3.1 Meistring

Samdal et al. (2017), definerer omgrepet meistring som ei vellykka, men likevel krevjande handtering av stressopplevingar (s. 6). Det blir vidare forklart at meistringsopplevingar kan ha ein positiv innverknad på fysisk helse, som også bidrar til betring av psykisk helse (s. 8). Personen sine indre og ytre ressursar formar føresetnadane for meistring (Gonzalez, 2020b, s. 48). Psykisk belastning og stress er noko som kan spele inn på svekkinga av meistring. Ein kan beskrive grada av meistringa ved å sjå på vedkomande sitt forsøk på å handtere livssituasjonen sine indre og ytre krav (s. 48).

1.3.2 Livskvalitet

Det er ulike måtar å definere livskvalitet på. Meld. St. 34 (2015-2016), definerer den helserelaterte livskvaliteten etter pasienten si fysiske og psykiske tilstand, samt sosial funksjonsevne (s. 133-134). Samstundes, er livskvalitet som god helse, meistring av viktige gjeremål for dei som lev med sjukdom, samt moglegheit for sosialt samvær (s. 11). I Folkehelse rapporten blir livskvalitet definert som fråvær av psykiske plagar, negative følelsar, samt tilfreds og glede (Nes et al., 2021). Livskvalitet kan også delast inn som noko objektivt og subjektivt. Subjektiv livskvalitet inkluderer livet som heilheit og korleis det oppfattast hos den enkelte. Objektiv livskvalitet omhandlar sentrale sider ved ein livssituasjon, som inkluderer vurdering av livet i enkelte arenaer, men også som heilheit (Nes et al., 2021).

1.4 Oppbygging på oppgåva

Oppgåva mi er delt systematisk inn i seks delar for å få ei ryddig og oversiktleg oppgåve. Som vedlegg vil ein finne dokumentasjon av søk som vedlegg 1 og litteraturmatrikse som vedlegg 2.

I neste del vil eg presentere relevant faglitteratur gjennom pensum, retningslinjer, lovverk, sjukepleieteori og andre offentlege dokument. Dette vil vere teori eg tenkjer kan bidra til å svare på problemstillinga. Deretter vil eg inkludere forskning, samt prosessen eg tok for meg for å finne relevant forskingslitteratur for problemstillinga mi. Kunnskapen og resultatane frå forskingsfunna vil så bli tematisk presentert før eg tar det i bruk i drøftinga saman med faglitteraturen. I drøftinga vil både fag- og forskingslitteratur drøftast, her vil ulike sider av problemstillinga også lysast på for å kunne svare tilfredsstillande på problemstillinga. Til slutt vil oppgåva bli oppsummert og konkludert.

2.0 Teori

I den delen skal eg presentere teoretisk faglitteratur som kan djupe kunnskapen kring problemstillinga.

2.1 Parkinsons sjukdom og depresjon

Parkinsons er ein nevrodegenerativ- og progredierande bevegelsessjukdom, og ramma delen av sentralnervesystemet som blant anna regulerer likevekt og uttrykks- og avvergebevegeslar (Bertelsen, 2016, s. 335; Humberstet et al., 2022, s. 343). Ved denne sjukdommen skjer det eit gradvis tap av dopamin, som medfører svikt av motoriske funksjonar, som ufrivillige bevegelsar, samt vanskar med å starte og stoppe viljestyrte bevegelsar (Bertelsen, 2016, s. 335). Sjukdommen byr også på nokre ikkje-motoriske symptom, som kan til dømes vere depresjon og angst, svelge- og taleproblem, redusert ansiktsmimikk og energimangel (Herlofson & Kirkevold, 2020, s. 494-495).

Depresjon er ein unipolar stemningsliding (Holsten, 2020, s. 102). Symptom på dette kan variere, men nokre av symptomane er til dømes manglande tiltakslyst, søvnevanskar, endra matlyst, grad av motorisk- eller emosjonell hemming og konsentrasjonsvanskar. Det er også fleire årsakssamanhengar for depresjon, nokre av desse kan vere grunna somatisk sjukdom,

vere genetisk disponert eller låg sosial status (s. 104). Depresjon hos eldre kjem oftast som følge av aldersrelaterte plager eller alvorlege sjukdommar (Tveito, 2020, s. 223).

Pasientar med Parkinsons er ein pasientgruppe som er meir disponerte for depresjon grunna dei biokjemiske endringane i hjernen (Humberset et al., 2022, s. 345). Dette kan gi konsekvensar for pasienten, som tap av leveår og livskvalitet (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 17). I tillegg, kan apatien framstå som manglande motivasjon (Humberset et al., 2022, s. 345). Ein anslår at nær halvparten av Parkinsons pasientane er plaga med depresjon, noko som kan skyldast dei biokjemiske forandringane i hjernen, biverknadar ved antiparkinsons-legemidlar, men også ein reaksjon på det å ha ein kronisk progressiv sjukdom (Humberset et al., 2022, s. 345; Herlofson & Kirkevold, 2020, s. 494).

2.1.1 Fysisk aktivitet som symptomlindring

Hos denne pasientgruppa er fysisk aktivitet depresjonsførebyggande, i tillegg til å vedlikehalde lungefunksjon, stemme, balanse og koordinasjonsevna (Humberset et al., 2022, s. 348). Ved fysisk aktivitet vil sjølvtiliten holde seg oppe ved at pasienten er sjølvhjelpen i størst mogleg grad. Martinsen (2020) forklarar at gjennom fleire undersøkingar viser det seg at fysisk aktivitet har ein antidepressiv verknad (s. 254). Denne verknaden blir forklart for å vere lik andre behandlingsformer, som til dømes medikamentell behandling med antidepressiva eller samtalebehandling.

Herlofson og Kirkevold (2020) forklarar at fysisk aktivitet og trening ikkje berre er viktig for å auke muskelstyrke, balanse og evne for rørsle, men at det også har ein betydeleg effekt på den psykiske velværa (s. 500). Det er difor viktig å oppmode pasienten til å fortsette med tidlegare fritidsaktivitetar. Dessutan betrar ein nattesøvnen med aktivitet på dagen, noko som kan auke kvaliteten på søvn, og såleis førebygge symptomforverring (s. 495-502).

2.2 Den heimebuande Parkinsons pasienten

Birkeland og Flovik (2018) forklarar at ein blir godt kjend med pasientane i heimesjukepleia

ettersom hjelpa oftast blir gitt over lenger tid (s. 33). Dei hevdar at det å kunne bu i eigen heim, til tross for sjukdommen sin, kan mogleg bidra til auka livskvalitet (s. 37). Dei forklarar vidare at utfordringa her er å kunne bidra til at pasienten får eit så godt liv som mogleg med sin kroniske sjukdom og nedsette funksjonsevne. På same tid, lev dei heimebuande pasientane sine daglege liv med nedsett funksjonsevne, og er difor viktig at ein kjem innom pasienten med eit heilskapsperspektiv på pasienten sin situasjon (s. 37). Utfordringa med å leve eit så godt liv som mogleg, tross nedsett funksjonsevne og kronisk sjukdom blir også belyst. Ved å inkludere pasienten i avgjersler som angår han eller ho, kan ein hjelpe pasienten å meistre problema som oppstår og såleis motverke tendensen til apati, sosial isolasjon og tungsinn (Humberset et al., 2022, s. 350).

I heimesjukepleia jobbar ein med å ivareta pasienten og kompensere for deira funksjonsevne (Birkeland & Flovik, 2018, s. 39). Derimot kan ein bli freista til å utføre oppgåvene for pasienten, som følge av langsamheita og dei motoriske symptoma ved Parkinsons (Humberset et al., 2022, s. 346). Til tross for god intensjon med hjelpa i slike situasjonar, er det eigentleg misforstått hjelp då det kan heller fremje skrøpelegdom og svikt i eigenomsorga (Herlofson & Kirkevold, 2020, s. 503; Humberset et al., 2022, s. 346). Herlofson og Kirkevold (2020) forklarar at langsam tankegang, utydeleg tale og monoton stemme kan gjere det vanskeleg å forstå pasienten (s. 504). I slike situasjonar er det viktig at helsepersonell tek omsyn til pasienten og skapar både rom og tid for pasienten til å svare. Ved forsøk på å fullføre setninga for pasienten, kan pasienten oppleve det som krenkande og latterleggjerande.

2.3 Omsorgsteori og personsentrert omsorg

Omsorg er eit fundament innanfor det sjukepleiefaglege (Haahr & Martinsen, 2022, s. 89). Haahr og Martinsen (2022), forklarar at Brenner og Wrubel (1989) sin omsorgsteori bygger på å ha omsorg for noko eller nokon, og er eit uttrykk på at andre betyr noko. Ved å involvere seg i konkrete pasientsituasjonar blir sjukepleiaren sjølv sårbar (s. 90). Derimot er det ei forventning at sjukepleiaren involvera seg for å kunne gi omsorg til den andre. Her blir omsorg forklart for å vere i konstant forandring. Dette gjer omsorg uføreseieleg og unikt, og er ein føresetnad for å kunne forstå kva pasienten kjenner om ein situasjon og korleis ein kan understøtte desse kjenslene (Haahr & Martinsen, 2022, s. 90).

Persontrentert sjukepleie er ein konsekvens av dei grunnleggande verdiane innan sjukepleie (Kristoffersen et al., 2021, s. 22). Dette spelar på at vi som menneske har eigne livshistorier som er identitetsskapande (s. 23), og legg vekt på at pasienten ikkje er eit upersonleg tilfelle eller ei arbeidsoppgåve (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 39). Persontrentert sjukepleie legg også fokus på dei grunnleggande behova for menneske som til dømes tilknytning, inkludering og trøyst, som kan oppsummerast som behovet for kjærleik.

2.4 Kommunikasjon og relasjon som helsefremjande faktor

Helsefremjing definerast som ein prosess kor den enkelte blir sett i stand til å auke kontrollen over forhold som spelar inn på eiga helse, som såleis betrar helsa (Kristoffersen, 2021c, s. 261). Som pasient med ein kronisk sjukdom som påverka kroppsleg funksjon og livskvalitet, samt utfordra dei grunnleggande verdiane, kan ein oppleve ein sterk kjensle av trussel (Kristoffersen, 2021b, s. 172). Den ramma pasienten kan dessutan oppleve betydelege meistringsutfordringar som følge av sjukdom og funksjonstap. Derimot, har ein som sjukepleiar ein helsefremjande funksjon som er retta mot styrking av pasienten si handlingskompetanse, som såleis auka føresetnadane for meistring og god helse (Kristoffersen, 2021c, s. 307).

Kommunikasjon og relasjon blir definert som å delaktiggjere nokon andre og stå i samanheng med noko anna (Eide & Eide, 2017, s. 17). Dessutan blir god kommunikasjon forklart som eit helsefremjande formål, samstundes som det er å anerkjenne den andre personen som eit unikt individ. God relasjon mellom pasient og sjukepleiar er vesentleg, og relasjonsarbeid saman med pasienten kan i den forstand vere eit terapeutisk arbeid (Gonzalez, 2020a, s. 58). Difor er det viktig å sjå på pasienten som ein sosial samanheng, samstundes som vi ser og høyrer pasienten (Birkeland & Flovik, 2018, s. 35). Herlofson og Kirkevold (2020) poengtera at god kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell kan fremje meistring gjennom kjenslemessig støtte, fremje helsa og stimulere pasienten si innsats til å leve eit aktivt liv (s. 503).

Helgesen (2021) hevda at sosial deltaking også har ein psykisk helsegevinst, og medverkar auka meistring og livskvalitet (s. 490). Derimot kan svekka funksjonsevne ha ein innverknad på den sosiale deltakinga (s. 495). Kommunikasjon står sentralt i relasjonsbygging med eldre og skrøpelege, samstundes som det gir den eldre ei kjensle av tillit og tryggleik (Eide & Eide, 2017, s. 315). Tillit er ein viktig faktor i god relasjonsbygging, og kan bli oppnådd med at ein er godt forberedt og sett seg inn i situasjonen pasienten finn seg i (Gonzalez, 2020a, s. 59-60). Ved å nytte nonverbal kommunikasjon, som til dømes aktiv lytting, legg ein grunnlag for tilknytning og god relasjon (Eide & Eide, 2017, s. 16). Fordi menneske er sosiale, er relasjon til andre ei viktig føresetnad for opplevinga av tryggleik (Gustafsson, 2021, s. 94).

Eit av FN-Sambandet sine bærekraftsmål er blant anna å fremje god helse og livskvalitet for alle (FN-Sambandet, 2023). Kristoffersen (2021a) illustrerer livskvalitet som å ha det vel i eige liv, samt å kjenne på gode kjensler som glede, tilfredsheit med eige liv og sjølvrespekt (s. 107). Det blir vidare forklart at for å ha det godt er ein avhengig av fråværet av vonde kjensler som til dømes å vere nedstemd, ha misnøye med eige liv og kjensle av ubrukte evner. I Meld. St. 15 ((2017-2018), s. 10) blir auka livskvalitet for dei eldre over 65 år presentert som eit mål for Leve Heile Livet reforma. For å oppnå dette er eitt av tiltaka å gi bistand til å meistre kvardagen ved å sette fokus på spørsmålet «*kva er viktig for deg?*».

2.5 Yrkesetiske retningslinjer, etiske prinsipp og lovverk

Som sjukepleiar er det fire bio-etiske prinsipp som er sentrale innanfor helseetikken og bygger på kva ein forventar sjukepleiaren og yrket skal utøve (Alvsvåg & Aadland, 2019, s. 110). Sårbarheit og fagleg ansvarleg- og tillitsvekkande omsorg er eit par av dei fagetiske verdiane innan sjukepleie som også har likskapar med dei biomedisinske prinsippa (Alvsvåg & Aadland, 2019, s. 112-117). Desse verdiane fortel at vi som sjukepleiarar skal medverke reduksjon av pasientane si sårbarheit gjennom hender, haldning og blikk (s. 115-116). I tillegg må pasientane kunne stole på at vi møter deira grunnleggande behov samstundes som vi handlar altruistisk.

Dei yrkesetiske retningslinjene for norske sjukepleiarar bygger på at sjukepleiaren skal fremje

helse og førebygge sjukdom, samt utøve heilskapleg, forsvarleg- og omsorgsfull hjelp (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Dette er også lovpålagt gjennom helsepersonelloven (1999), som seier at ein skal utøve fagleg forsvarleg arbeid, samt gi omsorgsfull hjelp (§4). Førebygging og lindring er eit nøkkelord som ein også finn i helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §1). Under denne lova står det at ein skal fremje sosial tryggleik, samstundes som ein sikrar at den enkelte skal kunne bu sjølvstendig i eiga heim. Ved dette skal den enkelte også få tenester av kvalitet som er tilpassa den enkelte sitt behov.

3.0 Metode

Dalland (2020) beskriv metode som eit reiskap når vi ynskjer å undersøke noko, som også hjelper oss med å samle inn den informasjonen vi treng for undersøkinga vår (s. 54). I denne delen vil eg gjere greie for kva val av metode denne oppgåve har, korleis eg har gått fram med systematisk søk av forskingslitteratur og korleis eg har kritisk vurdert desse funna. Deretter vil funna bli tematisk presentert før det blir brukt i drøftinga. Innhenta forskning blir også presentert i litteraturmatrisa som kan bli funne som vedlegg 2.

3.1 Litteraturstudie som metode

Eg har valt å bygge opp denne oppgåva med litteraturstudie som metode for å svare på problemstillinga mi med relevant fag- og forskingslitteratur. Ein litteraturstudie identifiserast som ein type studie som systematisera kunnskap frå forskjellige skriftlege kjelder (Thidemann, 2019, s. 77).

3.2 Søkeprosessen

Eit systematisk litteratursøk er nøye planlagt, grunngjeve, dokumentert og mogleg å etterprøve (Thidemann, 2019, s. 82). Før eg starta søkeprosessen brukte eg kunnskapsbasert praksis gjennom helsebiblioteket for å få ein god innføring i korleis eg ynskte å trå fram med denne prosessen (Kunnskapsbasertpraksis.no, 2020, 3.5 Søketeknikker). I forkant av denne prosessen lagde eg eit PICO-skjema for å tydeleggjere kva eg ynskte å finne. Ved å nytte eit

PICO-skjema kan ein lettare finne relevante ord som ein kan bruke når ein skal systematisk søke etter forskning, i tillegg til at det medverka konkretisering av problemstillinga mi. Deretter brukte eg SveMed+ for å kunne omsette orda mine frå PICO-skjemaet over til akademisk engelsk, også kalla MESH-ord. Eg ynskte også å inkludere tekstord ein kunne bruke på engelsk, dette var ord eg henta frå eigne engelskkunnskapar. Både MESH og tekstord blei lagt inn i PICO-skjemaet og kan bli sett under som tabell 1.

PICO	Norsk	MeSh (Emneord)	Tekstord
P- Population/problem	Parkinsons pasientar	Parkinson Disease	
I- Intervention	Sosial støtte Behandling mot depresjon	Social support Depression	Depressive disorder
C- Comparator	(ikkje aktuell)	(ikkje aktuell)	(ikkje aktuell)
O- Outcome	Livskvalitet Meistring Verdigheit	Quality of life Coping Personhood	Dignity

Tabell 1: PICO-skjema med MESH- og tekstord

Når PICO-skjemaet var ferdigstilt, blei det konstruert eit inklusjons- og eksklusjonskriterium etter kva eg ynskte å inkludere i oppgåva. Dette er med på å tydeleggjere, avgrense, samt gjere søket mitt meir hensiktsmessig (Thidemann, 2019, s. 83). Som tabell 2 finn ein oppgåva sine inklusjons- og eksklusjonskriterium.

Inklusjonskriterium	Eksklusjonskriterium
Pasientar med parkinsons og/ eller depresjon	Pasientar med andre sjukdommar enn Parkinsons og/ eller depresjon

+65 år	Yngre enn 65 år
Artiklar innanfor dei 10 siste åra (2014-2024)	Artiklar eldre enn 2014
Skrivne på norsk eller engelsk språk	Skrivne på andre språk enn norsk og engelsk
Ivaretaking av psykososial helse knytt til det å leve med ein kronisk sjukdom som Parkinsons	Ivaretaking av berre somatisk sjukdom som følge av ein kronisk sjukdom som Parkinsons

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterium

For å søke etter relevant forskning brukte eg databasane CINAHL og Sykepleien Forsking ettersom desse var relevante for mine søk. Gjennom studietida mi har eg etablert ein søkeprosess som eg likar å nytte. Ein nyttar berre eitt og eitt ord frå PICO-skjemaet om gangen, men søker både med MESH-og tekstord på same gong. Når ein søker på CINAHL si database får ein eit utval av moglege MESH-ord. Det er desse orda som har vore nytta i desse søka. Deretter klikkar ein på «search as keyword» for å få søkeordet som tekstord i same søk. Dette legg seg eksempelvis som: «(MH «Parkinsons disease») OR «parkinsons disease». Her ser ein at MESH-ordet (MH) blir «Parkinsons disease», i tillegg legg tekstordet seg i same søk som: OR «parkinsons disease». Dette gjor eg for kvart ord ein ynskjer å søke på. Når eg var nøgd med orda eg har søkt på, kombinerte eg dei ulike orda eg ynskte å nytte og trykte på «search with AND». Deretter blei funna spissa ved å sette inn avgrensingar. Eg valte å avgrense søka mine til ein gitt tidsperiode, altså ikkje eldre enn ti år. Dette blei gjort med eit ynskje om å finne meir oppdatert og tidsrelevant kunnskap på det undersøkte området. Andre avgrensingar var til dømes språk (Engelsk og norsk) dersom det var tilgjengeleg, og fulltekst. Det blei innsett fleire avgrensingar dersom tal treff var høgt. Dokumentasjon av søkeprosessen og litteratormatrisa for dei utvalde forskingsartiklane blir illustrert i tabellar ein kan finne som vedlegg 1 og 2.

3.3 Kjeldekritikk

I følge Dalland (2020) er kjeldekritikk å vurdere samt karakterisere litteraturen ein har funne

(s. 152). Han forklarar at ein vurderer om funna lar seg bruke til å belyse og svare på problemstillinga. Når eg vurderer den funne forskingslitteraturen, blei titlane på funna først lesne for å skape ei oversikt over kva som kan vere relevant og medverkande for problemstillinga mi. Det blei sjekka om artiklane inneheldt IMRaD-strukturen før abstrakta blei lest, for å vurdere artiklane si relevans for oppgåva si problemstilling. Tidsskrifta for dei aktuelle artiklane blei også søkt opp i kanalregisteret for å sikre at tidsskrifta var godkjende som vitenskaplege publiseringskanalar (Direktoratet for høgere utdanning og kompetanse, u.å.). Deretter blei artiklane lest grundig gjennom for å vurdere kvalitet, samt relevansen for problemstillinga. Ved å nytte sjekklister frå kunnskapsbasert praksis gjennom Helsebiblioteket fekk eg kritisk vurdert artiklane etter riktig studiedesign (Kunnskapsbasertpraksis.no, 2021, 4.1 Sjekklister). Dette for å kunne vurdere både kvaliteten og relevansen i artiklane som tilfredsstillande for mi oppgåve.

Av anna litteratur, har det i hovudsak vore forsøkt å nytte primærkjelder i oppgåva, men éi sekundærkjelder blei inkludert. Det blei også nytta anna faglitteratur, Bøe (2015), som ikkje er pensum i studiet. Dette vart inkludert for relevansen dei hadde for oppgåva.

3.4 Etisk vurdering

I oppgåva mi har eg overhaldt til akademiske normene for tilvising av kjelder i høve APA7, i tillegg til å vere skriven i medhald Høgskulen på Vestlandet sine tekniske retningslinjer for oppgåveskriving. I drøftinga vil det i tillegg til litteratur og forskning bli nytta egne erfaringar. Eg ynskjer å presisere at opplysningar og informasjon om kasus, brukarar og pasientar vil bli anonymisert for å ivareta teieplikt overfor enkeltpersonar, institusjon og miljø (Dalland, 2020, s. 126; Helsepersonelloven, 1999, §21).

4.0 Resultat frå forskning

I dette kapittelet vil det bli presentert sentrale funn frå forskingslitteraturen som blei innhenta gjennom systematisk litteratursøk. Momenta som blir presentert her vil bli inkludert og brukt til å gi innsikt i dei ulike aspekta eg vel å drøfte seinare i oppgåva.

4.1 Psykisk- og fysisk helse som faktor for livskvalitet

Gjennom funne forskningslitteratur kjem det fram at livskvalitet har ein klar relasjon med den kognitive og fysiske helsa på forskjellige måtar (He et al., 2021). I studien til He et al. (2021) finn ein at faktorane; evna aktivitetar i dagleglivet, depresjon og livskvalitet alle hadde ein innverknad på kvarandre. Ved større motorisk dysfunksjon blei det mindre aktivitetar i dagleglivet som påverka depresjon og såleis reduserte livskvaliteten. Det viste seg også at Parkinsons sjukdommen si alvorsgrad og depresjon hadde ein negativ korrelasjon med den mentale helsa- og velværa, samt den fysiske helsa- og funksjon. Derimot hadde den kognitive funksjonen ein positiv korrelasjon med både den mentale helsa- og velværa, og fysisk helse- og funksjon. Aktivitetar i dagleglivet blei funne å ha ein negativ korrelasjon med kognitiv funksjon, mental helse- og velvære, og fysisk helse- og funksjon, men likevel ein positiv korrelasjon med Parkinsons sjukdommen si alvorsgrad og depresjon. Oppsummert, tyder det på at sjukdommen si alvorsgrad, kognitiv funksjon og aktivitetar i dagleglivet har alle ein innverknad på kvarandre og enkeltvis på mental helse- og velvære og fysisk helse- og funksjon. Liknande blei også funne i Hitchcott et al. (2019) sin studie. Den peikte på signifikante relasjonar mellom sjølvrapportert helse og objektiv haldning- og stillingssvaimål. Det blei rapportert færre depressive symptom og teikn, og betre opplevd fysisk helse hos deltakarane med betre stillingskontroll. Grunnlaget for desse funna er at balanse- og motorisk svikt ikkje berre er ein risiko for sikkerheit og autonomi, men også for eigeneffektivitet og psykologisk velvære.

Schönenberg et al. (2021) forklarar at det kan vere vanskeleg å skilje om søvnlausheit, nedsett appetitt og konsentrasjonsvanskar er symptom på depresjon eller Parkinsons, derimot at uansett kva det kjem som følge av vil effekten på opplevd livskvalitet vere det same. Med det sagt, var det viktig å hugse på at depresjon påverkar ikkje berre livskvaliteten, men også sjukdomsgrad og funksjonshemming. Det er difor viktig å identifisere dette tidleg. Det kom også fram i same studie at kognitiv funksjon var sterkt knytt til emosjonelt velvære og livskvalitet, samstundes som depresjon primært var relatert til fysiske problem. Også i den norske studien til Monsen og Alpers (2023), blei det vist at fysisk helse hadde ein innverknad på den psykiske helsa. I denne studien framheva dei at fysiske funksjonstap kan redusere

sosial aktivitet og såleis auke einsemd, som kan føre til sosial isolasjon. Denne einsemda sto i relasjon til fysisk- og psykisk sjukdom eller auka hjelpebehov. Helsepersonalet i denne studien hadde erfart dette for å auke sjølvsmordsrisikoen.

4.2 Verdifull kommunikasjon

Haugan et al. (2016) utførte ein studie kor dei blant anna såg på korleis forholdet mellom sjukepleiar og pasient hadde ein påverknad på pasientane si opplevde livskvalitet ved norske sjukeheimar. I studien kom det fram at ved å leve i ein institusjonalisert kvardag mista pasientane sosiale forhold, autonomi, privatliv og tilknytning til andre. Desse faktorane var med på redusere livskvaliteten til pasientane. Det blei også vist at dei som hadde høgare HOPE-skår og sjølvtransendens hadde også høgare opplevd livskvalitet. HOPE-skår indikera nivået av håp pasienten opplev (Hofstad, 2020). Hitchcott et al. (2019) inkluderte også sosiale- og kommuniserande faktorar, og den moglege verknad som følge. Resultata frå studien viste at i tillegg til stillingskontroll, hadde auka sosial støtte og engasjement i fysisk aktivitet eit positivt og fremjande framtidsbilete.

I Monsen og Alpers (2023) si kvalitative studie om sjølvsmordsrisiko hos heimesjukepleiepasientar, kom det fram at mange av pasientane opplevde tilsyn frå heimesjukepleia som dagens høgdepunkt. Derimot kunne desse tilsyna gi ei kjensle av å vere ei belastning dersom heimesjukepleia ikkje tok seg tida hos pasientane. Dette resulterte med ei kjensle av meningslausheit. Opplevinga av å vere ei belastning kunne for eksempel stamme frå kjensla av å tidlegare vere ein stor ressursperson i familien, i kontrast til å bli avhengig av andre si hjelp og pleie. I tillegg til dette, kjende mange av pasientane på sosial isolasjon og einsemd, på bakgrunn av at dei hadde mista store delar av den sosiale kretsen sin. Ved å miste delar av den sosiale kretsen, blei heimesjukepleia eit lysglimt og høgdepunkt i kvardagen for mange.

4.3 Sjukepleierolla som faktor for livskvalitet

I Monsen og Alpers (2023) si studie beskreib fleire av informantane at det var travle dagar i heimesjukepleia, men at bruken av tid, handlingsrom, samt evna til god relasjonsbygging

hadde ein samanheng med erfaring. Det blei også poengtert at ved å ha lang erfaring innanfor heimesjukepleia, var det lettare å snu depressive tankegongar, og på same tid å skape ein god kommunikasjon ut i frå måten ein kommuniserte med pasientane på. Skal ein oppdage depresjon er det viktig med god relasjon. Dei viste også til helsepersonell si erfaring med at ved å redusere sosial isolasjon og einsemd, reduserte ein også sjølvsmordsrisikoen. Det blei belyst at det kunne mogleg vere viktig og naudsynt å komme tidleg inn på pasienten sin arena for å styrke kvardagsmeistring hos pasienten, og på same tid styrke psykiske problem og redusere eventuell sjølvsmordsrisiko.

Likens med Haugan et al. (2016), hevdar Monsen og Alpers (2023) at sjukepleiaren si rolle saman med pasientane er viktig for deira opplevde velvære og livskvalitet. Studien til Haugan et al. (2016) viste at relasjonen mellom pasient og sjukepleiar var nøkkelen for god livskvalitet hos sjukeheimspasientar, samt at god interaksjon mellom partane hadde ein helsefremjande faktor. Dette gav mening til pasientane sin kvardag. På same tid viste det seg i studien at pasientane med høg sjølvstransendens skår, som omfattar blant anna sjølvaksept og tilpassing, hadde ein svært sterk assosiasjon til livskvalitet. Denne høge skåren kunne forklarast med indre ro hos pasientane. Haugan et al. (2016), forklara at omgrepet «sjølvtransendens» omfattar blant anna pasienten si meistringsmekanismer, som til dømes positive handlingar, opplevde løft og meningsbaserte meistringsvariablar. Det blei likevel hevda at ein respekterande, støttande og anerkjennande interaksjon mellom pasient og sjukepleiar kunne mogleg betre meistring, og på den måten også betre sjølvaksept og livskvalitet. Sjukepleiar må såleis vere merksame og open for dialog, samstundes som ein respektera den enkelte pasienten sine behov og preferansar (Haugan et al., 2016).

5.0 Drøfting

I denne delen vil ulike moment og tiltak frå teori og forskning bli drøfta. Dette for å kunne best mogleg svare på problemstillinga oppgåva etterspør: «Korleis kan sjukepleiar bidra til auke av meistring og livskvalitet hos Parkinsons pasientar med depresjon?».

5.1. Kommunikasjon og relasjon

Gjennom teori blei det belyst at pasientar med Parkinsons er meir utsett for depresjon som følge av belastinga knytt til det å få ei kronisk diagnose, men også grunna biokjemiske endringar og medikamentelle symptom (Humberset et al., 2022, s. 345; Herlofson & Kirkevold, 2020, s. 494). Humberset et al. (2022) hevder at depresjon hos denne pasientgruppa kan gi konsekvensar for deira oppleving av livskvalitet (s. 345). Likedan peikar dei på at brukarmedverknad kan bidra til problemmeistring hos pasienten og på same tid motverke sosial isolasjon, apati og tungsinn (s. 350). Schönberg et al. (2021) og He et al. (2021) tar også for seg temaet om depresjon og livskvalitet hos Parkinsonspasientar. I likskap med Humberset et al. (2022), legg begge studiane vekt på at depresjon bidrog til suboptimal livskvalitet, forverring av sjukdomsgrad og auka funksjonshemming. Derimot belyser også Schönberg et al. (2021), at søvnlausheit, nedsett appetitt og konsentrasjonsvanskar er symptom på både Parkinsons og depresjon. Dette kan gjere til at det er utfordrande å finne den utløyssande årsaka for desse symptoma. Med det sagt, vil effekten på opplevd livskvalitet sannsynlegvis vere det same uavhengig av årsak til symptom.

Birkeland og Flovik (2018) forklarar at sjukepleiarar i heimesjukepleia gjerne kjenner pasientane sine godt ettersom hjelpa oftast blir gitt over lengre tid (s. 33). Fordi det er vanskeleg å skilje mellom ikkje-motoriske Parkinsons symptom og depresjon (Schönberg et al., 2021), må helsepersonalet sannsynlegvis kjenne den enkelte pasienten det dreiar seg om. Som student i praksis vil ein erfare å vere den nye på avdeling fleire gongar. I slike situasjonar har eg erfart at det er vanskeleg å oppfatte endringar eller nyoppståtte symptom hos pasientar, grunna manglande kunnskap og relasjon til pasienten. Det blei tydleg for meg at både sjukepleiarar og pasient vil ha ein fordel dersom det er ein relasjon til stades som har vore bygd over tid. Dette står i likskap med kva Monsen og Alpers (2023) uttrykker i studien sin, at god relasjonsbygging og kommunikasjon hadde samanheng med lang erfaring. Denne lange erfaringa blei forklart å kome til god nytte for å avdekke depresjon hos pasientane. Mine eigne erfaringar stemmer i stor grad med Monsen og Alpers (2023) sitt utsegn om erfaring. Det er lettare for meg å oppdage endringar hos pasientar eg har jobba med i fleire år, enn pasientar i praksis. Samstundes blir eg meir merksam på kor viktig god kommunikasjon og relasjon kan vere for pasienten si oppleving av tryggleik kring hjelpa eg utøver, slik som Eide og Eide (2017) hevdar (s. 315). Dei påpeikar at denne kommunikasjonen inneber både

nonverbal kommunikasjon og aktiv lytting. Derfor er det viktig at sjukepleiar ser på pasienten som ein sosial samanheng, samt viser at vi ein både ser og høyrer pasienten (Birkeland & Flovik, 2018, s. 35). Som følge, vil kommunikasjon ha eit helsefremjande formål, på same tid som vi anerkjenner den andre personen som eit unikt individ, slik som Eide og Eide (2017) illustrera god kommunikasjon (s. 17).

På den andre sida, er vi alle saman ulike, og tilnærminga som fungera for den eine er ikkje gitt å fungere for den andre. Brenner og Wrubel sin omsorgsteori (1989), forklart av Haahr og Martinsen (2022), illustrerte omsorg som situasjonsbestemt (s. 90). At omsorg er situasjonsbestemt kan eg kjenne igjen frå eigen praksis. Det blei fort merkbar at ein utfører og gir omsorg ulikt til alle ein møter. Dette speglar også det fundamentale ved personsentrert omsorg og sjukepleie, som blir forklart å spele på at pasienten er eit unikt individ med egne livshistorier, ikkje berre ei arbeidsoppgåve (Kristoffersen et al., 2021, s. 23; Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 39). Ved å sette pasienten i fokus og skapar ein forståing for korleis situasjonen opplevast for pasienten, kan ein rette fokuset på pasienten sine særskilte behov (Haahr & Martinsen, 2022, s. 90; Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 39). Dessutan innsette regjeringa eit mål om auke av livskvalitet i Leve Heile Livet reforma, kor eit av tiltaka var å sette fokus på spørsmålet «kva som er viktig for deg?» hos dei over 65 år (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 10).

Til tross for Brenner og Wrubel sitt utsegn om at omsorg er situasjonsbestemt kan ein likevel sjå at enkelte faktorar er like hos dei fleste, slik som studien til Haugan et al. (2016) presentera. Denne studien påpeikar at det å miste sosiale forhold, autonomi og tilknytning til andre bidreg til redusert opplevd livskvalitet. Gjennom erfaring har eg opplevd at hjelpa pasienten får kan over tid blir mekanisk og nærast upersonleg, på same tid at mange pårørande trekk seg litt tilbake etter heimesjukepleia tek over den kvardagslege hjelpa. I slike mekaniske og upersonlege situasjonar kan ein ikkje utelukke at pasienten sit med kjensla av eit sosialt behov som ikkje blei dekkja. Dette udekte behovet kan truleg bidra til manglande relasjon til helsepersonalet, og på same tid bidra til svekking av pasienten si kjensle av tillit og tryggleik (Eide & Eide, 2017, s. 315). Det er forstått at kommunikasjon og relasjon er ein viktig føresetnad for pasienten si emosjonelle velvære, oppleving av livskvalitet og

motivasjon. Monsen og Alpers (2023) belyste også i studien sin at for mange pasientar var tilsyn frå heimesjukepleia dagens høgdepunkt. Ved dette utsegna kan ein tenke seg til kva viktig, terapeutisk og tryggleiksgjevande rolle ein har som sjukepleiar, slik som Gonzalez (2020a, s. 58) og Gustafsson (2021, s. 94) påpeikar. Dette kan sjåast igjen i både lovverk og yrkesetiske retningslinjer som seier at ein skal handle med omsorg og forsvar i hjelpe ein utøver, samt fremje sosial tryggleik (Helsepersonelloven, 1999, §4; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1; Norsk Sykepleierforbund, 2023).

5.2 Trygghet kan fremjast med tid

Gjennom erfaring og inntrykk har eg fått den forståinga at eitt av dei mest verdsette ressursane ein har som helsepersonell er: tid. Eg har sjølv opplevd høg puls i praksis fordi eg har oppdrag som ventar og føler tida ikkje strekker heilt til. Gjennom yrkesetiske retningslinjer, lovverk og stortingsmeldingar som er presentert, blir det klart at sjukepleiarar har mykje ansvar, samstundes som pasienten har mange rettigheter. Likevel kan dei fleste truleg kjenne seg igjen i tidsknipa ein gjerne ofte opplever som helsepersonell. Dette temaet blir også belyst i studien til Monsen og Alpers (2023), kor dei peikte på at det kunne vere travle dagar i heimesjukepleia. Frå eigen erfaring har eg opplevd at travle dagar kan gå ut over den sosiale situasjonen saman med pasienten, at ein ikkje får gitt det litle ekstra med god kommunikasjon i løpet av besøket. Monsen og Alpers (2023) viste at som resultat, kunne dette gi pasienten ei kjensle av å vere ei belastning for andre.

I Meld. St. 34 (2015-2016) blir livskvalitet definert for å vere opplevinga av god helse og livsmeistring (s. 11- 134). I likskap med Kristoffersen (2021a), blir livskvalitet spegla som å ha det vel i eige liv, fråvær av vonde kjensler og fråvær av kjensler av ubrukte evner (s.107). I desse definisjonane blir det å ha det bra og kjenne på meistring, til tross for sjukdom, sett i fokus. Ved å fremje kjensla av å vere ei belastning grunna travle dagar, kan ein mogleg bidra til redusering av den opplevde livskvaliteten i motsetting til å auke den. Eg har både sett og erfart i praksis at vi som helsepersonell kan tidvis vere snare med å ta over for pasienten når vi står i ein tidsklemme, noko som mogleg kan fremje kjensla av ubrukte evner og misnøye i eige liv hos pasienten.

Arbeidet i heimesjukepleia blir sagt å skulle kompensere for pasienten si manglande funksjonsevne (Birkeland & Flovik, 2018, s. 39). I likskap, hevdar Humberstet et al. (2022) at ved å utføre gjeremåla og oppgåvene for pasienten, fremjar ein svikt i eigenomsorg og skrøpelegdom hos pasientane, då særst Parkinsons pasientane (s. 346). I tillegg kan ein fremje ei krenkande og latterleggjerande kjensle hos pasienten ved å ikkje skape rom og tid for å la dei svare (Herlofson & Kirkevold, 2020, s. 504). Dette samsvarar i stor grad med kva eg har sett og opplevd i praksis. Der såg eg at det skapte frustrasjon hos pasienten ved å ikkje gi dei rom for å svare. I tillegg har eg opplevd at pasientar kan be meg utføre ei oppgåve for dei, for å ikkje «hefte meg meir». I slike situasjonar tenker eg det er viktig å hugse at ein som sjukepleiar skal gi heilskapleg og forsvarleg hjelp som førebygge sjukdom, fremje helse, legge til rette for medverknad, i tillegg til at vi skal hjelpe med å auka meistring i kvardagen gjennom invitasjon til deltaking (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1b; Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999, §2-1a; §3-1; Meld. St. 15 ((2017-2018), s. 10; Norsk Sykepleierforbund, 2023).

Haugan et al. (2016) peikte på at interaksjonen mellom pasient og sjukepleiar var nøkkelen for livskvalitet for pasientane i studien. Den gode relasjonen gav også meining til kvardagen til pasientane, som gav ei indre ro og sjølvaksept hos pasientane. Denne roa og sjølvaksepten medverka ei høgare sjølvtransendens skår, som omfattar blant anna meistringsmekanismer, og auka såleis den opplevde livskvaliteten. Det kan tyde på at mangelfull tid kan breste eller hindre god relasjon og skape emosjonelt ubehag hos pasientane. Dette i motsetning til når ein tar seg god tid til den gode interaksjonen. Haugan et al. (2016) forklarar vidare at mangel på sosiale forhold og tilknytning til andre kunne bidra til redusert livskvalitet. Eide og Eide (2017) hevdar at kommunikasjon kan danne kjensla av tillit og tryggleik (s. 315). Ved å styrke desse kjenslene hos pasientane kan ein mogleg redusere vonde kjensler, som vidare kan utvikle seg til depresjon hos denne pasientgruppa. Slik som Schönberg et al. (2021) poengterte, så påverkar ikkje depresjon berre livskvaliteten, men også pasientane sin sjukegrad og funksjonshemming. I følge Meld. St. 26 (2014-2015) ser vi at depresjonen kan også redusere vedkommande sine leveår (s. 17). På denne måten ser ein at helsefremjing og førebygging av sjukdom er komplekst. Det er fleire faktorar som verkar inn på kvarandre på forskjellige måtar.

5.3 Fysisk aktivitet gjev meistring og psykisk helsegevinst

Fysisk aktivitet er noko vi konstant blir fortalt å vere viktig for både kropp og sjel. Hos Parkinsons pasientar er fysisk aktivitet også ein viktig føresetnad for sjukdommens utvikling (Herlofson & Kirkevold, 2020, s. 500). Martinsen (2020) viste til at fysisk aktivitet kunne ha ein betre verknad på den psykiske helsa enn andre behandlingsformer, som til dømes samtalebehandling og medikamentell behandling (s. 254). Det kan slik forståast at ein pasientgruppe, som Parkinsons pasientar som er meir disponerte for depresjon, vil ha ein positiv og førebyggjande verknad av fysisk aktivitet. Difor vil det vere viktig å aktivisere denne pasientgruppa, slik som Humberst et al. (2022) forklarar det, for å ivareta fysiologiske funksjonar som til dømes stemme, balanse, koordinasjonsevne og lungefunksjon (s. 348). Eg greier å sjå igjen egne erfaringar med denne pasientgruppa gjennom Humberst et al. (2022) sine forklaringar. Då erfarte eg at dei pasientane som hadde regelmessige økter med fysisk aktivitet opplevde at symptomprogresjonen roa seg, i tillegg forklarte pasientane i treningsgruppa at dei opplevde meir sjølvstende og meistring. Samstundes blei eg meir merksam på korleis fysisk- og psykisk helse påverkar kvarandre, slik som He et al. (2021) presenterte i studien sin. Gjennom studien kom det fram at pasientane si oppleving av livskvalitet hadde ein relasjon til både den fysiske og kognitive helsa. Det forklarast at større motorisk dysfunksjon førte til mindre aktivitetar i dagleglivet, som påverka den kognitive helsa. Dette resulterte med depresjon og redusert livskvalitet.

Ein sjukdom som Parkinsons, som kan gi betydelege motoriske symptom, kan sannsynlegvis å skape store utfordringar, likeins som Kristoffersen (2021b) forklarar det (s. 172). Ho forklarar at kroniske sjukdommar som påverkar sentrale funksjonar utfordrar dei grunnleggande verdiane, og skapar samstundes ei sterk kjensle av trussel hos pasientane (s. 172). Ho fortsett vidare med å framheve at slike funksjonstap kan føre til meistringsutfordringar. Dette funksjonstapet er noko Helgesen (2021) hevdar kan svekke den sosiale deltakinga hos pasienten (s. 495). I følge Kristoffersen (2021c) si definisjon, er helsefremjing ein prosess kor den individuelle blir sett i stand til å auke kontrollen over faktorar som spelar inn på eiga helse, og på den måten aukar helsa si (s. 261). I slike situasjonar kan ein sjå sjukepleiaren si viktige rolle i det helsefremjande arbeidet. Dessutan,

peikar Kristoffersen (2021c) på at sjukepleiaren si evne til å styrke pasienten si handlingskompetanse vil auke føresetnadane for god meistring og helse (s. 307). Helgesen (2021) fortel at sosial deltaking gir ein psykisk helsegevinst og bidreg til auka livskvalitet og meistring (s. 490). Fysisk aktivitet er noko eg kjenner som sosialt, og frå eigen erfaring ser eg at pasientane lyser opp dersom vi går tur eller skapar sosiale fellesskapssituasjonar med dei. Ved å skape sosiale fellesskapssituasjonar kor ein kan vere i fysisk aktivitet, kan det tenkast at ein såleis driv med helsefremjande arbeid, ettersom det gir auka meistring og helsegevinstar (Helgesen, 2021, s. 490). Dette fremjar også sjukepleiaren sine etiske verdiar som understøttar håp, meistring og livsmot, slik som dei yrkesetiske retningslinjene framhevar (Norsk Sykepleierforbund, 2023).

På den andre sida, gjer Schönberg et al. (2021) det klart at det vanskeleg å skilje typiske symptom på depresjon og ikkje-motoriske symptom på Parkinsons. Eksemplar på slike symptom er søvnlausheit, nedsett appetitt og konsentrasjonsvanskar. Sjølv om denne studien er opptatt av opplevinga av livskvalitet, peikar den på at uansett kva symptoma kjem som følge av, vil den opplevde livskvaliteten vere den same. I likskap med He et al. (2021), presisera Schönberg et al. (2021) at depresjon påverkar pasienten si opplevde livskvalitet i tillegg til sjukdomsgrad og funksjonshemming. Frå egne erfaringar såg eg ein betydeleg forskjell på pasientar som fekk god oppfølging med fysisk aktivitet kontra dei som oftast blei sittande heime i stolen med minimal bevegelse og gongtrening. Eg opplevde at pasientane som hadde minimal fysisk aktivitet og trening, kjende på mindre tryggleik ved gonge i motsetning til pasientane som fekk trening. Slik som Hitchcott et al (2019) fann i studien sin, var ei auking av motoriske symptom ikkje berre sikkerheitsreducerande, men det reduserte også den psykiske velværa hos dei meir stillesittande pasientane. Dette kan forklarast med Humberst et al. (2022) si enkle forklaring om at fysisk aktivitet redusera depresjon fordi sjølvtiliten held seg oppe ved at dei greier å vere mest mogleg sjølvhjelpen ved regelmessig mosjon og fysisk aktivitet (s. 348).

5.4 Metodediskusjon

Styrken ved å nytte litteraturstudie som metode, har vore moglegheita til å formidle god og oppdatert forståing av kunnskapen om det temaet og problemstillinga som oppgåva etterspør

(Thidemann, s. 78). I ein litteraturstudie innhentar eg data som allereie er samla og etablert av andre på eit bestemt område, også gå kritisk gjennom før eg til slutt samanfattar alt eg har innhenta (Thidemann, 2019, s. 75-77). Parkinsons sjukdom og depresjon er to store tema, noko som gjor det lett å finne forskning om nettopp dei sjukdomane. Derimot, var det ein større utfordring å finne noko om dei to saman med ein vinkling retta mot livskvalitet og meistring. Val av søkeord skapte også ein utfordring, som også kan ha ekskludert anna god litteratur. Til tross for utfordring ved søkeprosessen, kan denne oppgåva vere med på å sette eit fortent og viktig lys på temaet om Parkinsons pasientar med depresjon. På forhand av søkeprosessen, var det tiltenkt å inkludere kvalitative studiar på bakgrunn av metoden si hensikt med å innhente kunnskap om menneskelege erfaringar, meiningar og opplevingar (Thidemann, 2019, s. 76). Det blei omsider også inkludert kvantitative studiar for å gi oppgåva eit breiare blick over temaet oppgåva belyser (Dalland, 2020, s. 56). Dette vil etter mi meining skape eit breiare blick om temaet.

Dei inkluderte artiklane er skriven på engelsk og norsk. Ein svakheit med engelske artiklar er at artiklane si tolking er avhengig av eigen engelskkunnskap og omsettingsverktøy, som kan skape ein avgrensa forståing. Likevel, ynskjer eg å framheve mengda tid som er brukt på å tolke og vurdere desse artiklane, og eg på dei inkluderte artiklane som relevante for mi problemstilling. Som tidlegare nemnt, blei tidsskrifta til dei inkluderte artiklane søkt opp i kanalregisteret før eg vurderte dei som relevante for denne oppgåva. Ved å gjere dette, kan eg vere trygg på at dei inkluderte artiklane kjem frå godkjende og vitenskaplege publiseringskanalar.

6.0 Konklusjon

Denne oppgåva har forsøkt å svare på følgande problemstilling: «*Korleis kan sjukepleiar bidra til auke av meistring og livskvalitet hos Parkinsons pasientar med depresjon?*».

Gjennom fag- og forskingslitteratur er viktigheita kring Parkinsons pasientar si psykiske velvære blitt belyst og identifisert. Ivaretaking og auke av psykisk velvære og meistring blir vist å ha ei viktig føresetnad for pasientane si sjukdomsgrad- og utvikling, samstundes viser det å ha ei stor betydning for deira opplevde livskvalitet. Ved å skape god kommunikasjon og

relasjon mellom sjukepleiar og pasient, kan ein gi pasienten ei kjensle av tryggleik. Dette gjer det også lettare å fremje fysisk aktivitet som eit symptomlindrande og helsefremjande tiltak. Mangel på tid kjem fram som ei reell utfordring og uheldigheit for pasienten, og kan på sikt fremje skrøpelegdom, kjensla av å vere ei belastning, mangel på dekte behov og tilknytning til andre. Oppgåva har tileigna kunnskap med eit ynskje om å kunne bidra til styrking av framtidig utøvd helsehjelp, samt pasientgruppa si fysiske- og psykiske velvære ute i heimesjukepleiene.

I oppgåva kjem det fram at meistring og livskvalitet hos pasientar med Parkinsons er ei kompleks problemstilling med fleire påverkande faktorar. Følgeleg er omgrepet «livskvalitet» eit bredt omgrep som kan gjere det utfordrande å svare på problemstillinga. Derimot, har eg valt å sette fokus på enkelte tiltak, støtta av teori og forskning, som blir vist å kunne bidra til det oppgåva etterspør. For å konkludere vil eg trekke fram at ved å fremje relasjonsbygging med god kommunikasjon, fremje fysisk aktivitet, samt prioritere tid og tolmod som sjukepleiar hos pasientar med Parkinsons, vil ein kunne styrke pasienten si eigenomsorg, sjølvtilitt, kjensle av tryggleik og samstundes førebygge depresjon og betre sjukdomsutvikling. Avslutningsvis antyda presentert kunnskap at desse tiltaka er med på å bidra til auka meistring og livskvalitet hos Parkinsons pasientar med depresjon.

Referanseliste

- Alvsvåg, H. & Aadland, E. (2019). *Profesjonsetikk i sjukepleie*. Det Norske Samlaget.
- Bertelsen, A. K. (2016). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og Behandling* (2. utg., s. 320-343). Gyldendal.
- Birkeland, A. & Flovik, A. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Bøe, J. B. (2015). *Liv skal leves! Å leve med en alvorlig sykdom*. Hertervig Forlag.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å.). *Kanalregisteret*. Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Henta 4. mai frå <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside/>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling og etikk* (3. utg.). Gyldendal.
- FN- Sambandet (2023, 15. september). *God helse og livskvalitet*. <https://fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/god-helse-og-livskvalitet>
- Fonn, M. (2017, 26. oktober). *Dette bør du vite om Parkinsons sykdom*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2017/10/dette-bor-du-vite-om-parkinsons-sykdom>
- Gonzalez, M. T. (2020a). Relasjonsarbeid- sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I M. T. Gonzalez (Red.). *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (s. 57-67). Gyldendal.
- Gonzalez, M. T. (2020b). Sykepleiefaglige perspektiver ved psykiske lidelser. I M. T. Gonzalez (Red.). *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (s. 44-56). Gyldendal.
- Gustafsson, S. R. (2021). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov og helse* (4. utg., bind 2, s. 93-108). Gyldendal.

- Haahr, A. & Martinsen, B. (2022). Med Brenner på nevrologisk avdeling. I B. Martinsen, P. Dreyer & A. Norlyk (Red.). *Sykepleiens superhelter: Sykepleieteoretikere som styrker klinisk praksis* (s. 83-98). Vigmostad & Bjørke.
- Haugan, G., Moksnes, U. K. & Løhre, A. (2016). Intrapersonal self- transcendence, meaning-in-life and nurse-patient interaction: powerful assets for quality of life in cognitively intact nursing-home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30, 790–801. <https://doi.org/10.1111/scs.12307>
- He, Y., Tian, Y., Han, H., Cui, J., Ge, X., Qin, Y., Luo, Y., Bai, W. & Yu, W. (2021). The path linking disease severity and cognitive function with quality of life in Parkinson's disease: the mediating effect of activities of daily living and depression. *Health Quality of Life Outcomes*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01740-w>
- Helgesen, A. K. (2021). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov og helse* (4. utg., bind 2, s. 489-514). Gyldendal.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Herlofson, K. & Kirkevold, M. (2020). Parkinsons sykdom. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 491-508). Gyldendal.
- Hitchcott, P. K., Fastame, M. C., Corona, F., Pilloni, G., Porta, M., Pau, M., Conti, R. & Penna, M. P. (2019). Self- reported physical and mental health and motor functioning in elders with and without Parkinson's disease. *Psychology, Health & Medicine*, 24 (7), 788–798. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1574355>
- Hofstad, E. (2020, 25. januar). *Slik bruker du Herths håpsindeks*. Sykepleien. https://sykepleien.no/2020/01/slik-bruker-du-herths-hapsindeks?auHash=YXlIPPy9Wh80yg_JYliRhWXa9SJ8c2CPt4gDz6dHBMs

- Holsten, F. (2020) Stemningslidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske Lidelser- Faglig Forståelse og Terapeutisk Tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (s. 100-114). Gyldendal.
- Humberset, Å., Rektoli, L., Solli, E. M., Kristiansen, A. G. & Espeset, K. (2022). Sykepleie Ved Nevrologiske Sykdommer. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 2* (6.utg., bind 2, s. 331-370). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J (2021a). Helse og Sykdom- utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Fag og profesjon* (4. utg., bind 1, s. 79-135). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2021b). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., bind 3, s. 153-199). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2021c). Å styrke pasientens ressurser- sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., bind 3, s. 257-314). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2021). Sykepleie- Relasjoner, verdier og etikk. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Fag og profesjon* (4. utg., bind 1, s. 29-78). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (2021). Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Fag og profesjon* (4. utg., bind 1, s. 15-28). Gyldendal.
- Kunnskapsbasertpraksis.no. (2020, 27. november) *Kunnskapsbasert praksis*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#3litteratursok-35-soketeknikker>
- Kunnskapsbasertpraksis.no. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklister>

Martinsen, E. W. (2020). Fysisk aktivitet i forebygging og behandling av psykiske lidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (s. 253-257). Gyldendal.

Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve heile livet- En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste- Nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 34 (2015-2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste— Melding om prioritering*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/no/pdfs/stm201520160034000dddpdfs.pdf>

Monsen, A. A. & Alpers, L.-M. (2023). Helsepersonells erfaring med selvmordsrisiko hos hjemmeboende eldre personer. *Sykepleien Forskning*, 18(93191): e-93191.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2023.93191>

Nes, R. B., Røysamb, E., Eilertsen, M. G., Hansen, T. & Nilsen, T. S. (2021, 17. desember). *Livskvalitet i Norge* (Folkehelse rapporten). Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/samfunn/livskvalitet-i-norge/?term=#hva-er-livskvalitet>

Norsk Sykepleierforbund. (2023, 31. mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999.) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Pedersen, K. F. & Fiske, E. (2023). *Årsrapport for 2022 med plan for forbedringstiltak for 2023*. Norsk parkinsonsregister og biobank.

<https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2023->

[09/Årsrapport%202022%20Norsk%20Parkinsonregister%20og%20biobank.pdf](#)

Samdal, O., Wold, B., Harris, A. & Torsheim, T. (2017, august). *Stress og mestring* (IS-2655). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/> /attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf

Schönberg, A., Zipprich, H. M., Teschner, U., Grosskreutz, J., Witte, O. W. & Prell, T. (2021). Impact of subthreshold depression on health-related quality of life in patients with Parkinson's disease based on cognitive status. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01753-5>

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

Tveito, M. (2020). Psykiske lidelser hos eldre. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser- faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektivet*. (s.222-231). Gyldendal.

Vedlegg 1: Dokumentasjon av søk

Database: Sykepleien Forskning		Dato: 22.04.- 24		
Søk	Søkeord	Avgrensing	Tal treff	Utvalt
S1	«Hjemmesykepleien»	«Migrasjonshelse, psykisk helse og rus»	2	Monsen, A. A. & Alpers, L.-M. (2023). Helsepersonells erfaring med selvmordsrisiko hos hjemmeboende eldre personer. <i>Sykepleien Forskning</i> , 18(93191): e-93191.

Database: CINAHL		Dato: 26.04. -24		
Søk nr	Søkeord	Avgrensing	Tal treff	Utvalt
S1	(MH» Parkinson Disease») OR «Parkinson disease»		25 968	
S2	(MH «Depression») OR «depression»		209 685	
S3	S1 AND S2	Linked full text, 2014-2014,	74	He, Y., Tian, Y., Han, H., Cui, J., Ge, X., Qin, Y., Luo, Y., Bai, W. & Yu, W. (2021). The path linking disease severity and cognitive function with quality of life in Parkinson's disease:

				the mediating effect of activities of daily living and depression. <i>Health Quality of Life Outcomes</i> , 19(92). Impact of subthreshold depression on health-related quality of life in patients with Parkinson's disease based on cognitive status (Schönberg et al., 2021)
S4	(MH «Nursing care») OR «nursing care»		65 805	
S5	(MH «Quality of life») OR «quality of life»		241 333	
S6	S4 AND S5	Linked full text 2014-2014 academic journal English Subject major heading: quality of life	19	Haugan, G., Moksnes, U. K. & Løhre, A. (2016). Intrapersonal self-transcendence, meaning-in-life and nurse-patient interaction: powerful assets for quality of life in cognitively intact nursing-home patients. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 30(4), 790–801.

Database: CINAHL		Dato: 30. 04. -24		
Søk	Søkeord	Avgrensing	Tal treff	Utvalt
S1	(MH «Parkinson Disease») OR		27 032	

	«parkinson disease»			
S2	(MH «Mental health») OR «mental health»		190 171	
S3	(MH «Quality of Life») OR «quality of life»		241 439	
S4	S1 AND S2 AND S3	Linked full text, 2014-2024, English		Hitchcott, P. K., Fastame, M. C., Corona, F., Pilloni, G., Porta, M., Pau, M., Conti, R. & Penna, M. P. (2019). Self- reported physical and mental health and motor functioning in elders with and without Parkinson's disease. <i>Psychology, Health & Medicine</i> , 24 (7), 788–798.

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Artikkel, forfatter(ar)	Hensikt	Metode og utval	Resultat og funn
Haugan, G., Moksnes, U. K. & Løhre, A. (2016). Intrapersonal self-transcendence, meaning-in-life and nurse-patient interaction: powerful assets for quality of life in cognitively intact nursing-home patients. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 30(4), 790–801	Undersøke relasjonen mellom håp, mellommenneskeleg sjølvtransendens, meining, sjølvoverskrid og opplevd interaksjon mellom sjukepleiar og pasient i lys av livskvalitet.	Kvantitativ metode 202 deltakarar frå norske sjukeheim frå midt-Noreg Kognitivt intakte deltakarar Inklusjonskriterium: fast plass på sjukeheim i minst seks månadar, i stand til å bli intervjuja, samtykke frå ansvarleg sjukepleiar til å delta. Ekskludert: demens	Relasjon mellom pasient og sjukepleiar har ein helsefremjande effekt og påverkar pasientane sine opplevde livskvalitet. Denne relasjonen gav ein meining til pasientane sine kvardag, samstundes som den betra meistring, sjølvaksept og livskvalitet hos pasientane. Pasientar med høg sjølvtransendens skår hadde ein betydeleg sterkare relasjon til livskvalitet.
He, Y., Tian, Y., Han, H., Cui, J., Ge, X., Qin, Y., Luo, Y., Bai, W. & Yu, W. (2021). The path linking disease severity and cognitive function with quality of life in Parkinson's disease: the mediating effect of activities of daily living and depression. <i>Health Quality of Life Outcomes</i> , 19(92).	Undersøke om redusert kognitiv funksjons og Parkinsons si alvorsgrad kan påverke den fysiske og kognitive livskvaliteten ved å redusere aktivitetar i dagleglivet (ADL) og såleis auke depresjonen.	Kvantitativ metode 150 Parkinsons pasientar frå sjukehus i Kina. Analyserte om ADL og depresjon kunne assosierast til sjukdommen alvorsgrad og kognisjon, samt den fysiske og psykiske helsa.	Sjukdommen si alvorsgrad har ein effekt på fysiske helsa i form av ADL og depresjon. Den kognitive helsa hadde effekt på fysiske helsa gjennom ADL og depresjon. Sjukdommen si alvorsgrad og kognitiv funksjons aukar pasientane si depresjon ved å redusere ADL, noko som førte til redusert livskvalitet. Dermed påverkar sjukdommens alvorsgrad og kognitiv funksjons den fysiske og mentale helsa direkte og indirekte gjennom ulike aspekt.
Hitchcott, P. K., Fastame, M. C., Corona, F., Piloni, G., Porta, M., Pau,	Finne kva verknad Parkinsons sjukdom hadde på sjølvrapportert	Kvantitativ 54 frivillige deltakarar, 27 med Parkinsons og	Den sjølvrapporterte fysiske og psykiske helsa hadde ein samanheng med pasientane sine haldning- og

<p>M., Conti, R. & Penna, M. P. (2019). Self- reported physical and mental health and motor functioning in elders with and without Parkinson's disease. <i>Psychology, Health & Medicine</i>, 24 (7), 788–798</p>	<p>fysiske og mentale helse, objektiv kognisjon og postural kontroll. Forhalda mellom desse momenta blei undersøkt for å forstå verknaden på livskvaliteten betre.</p>	<p>27 utan.</p> <p>Blei utført objektive testar på kognitiv funksjon og postural kontroll, samt sjølvrapportering om mål for fysisk og psykisk helse.</p> <p>Inklusjonskriterium for Parkinsonsgruppa:</p> <p>Fått Parkinsons diagnose i høve UK brain-bank kriterium, kunne halde oppreist og stabil haldning i minst 60 sekundar, fråvær av betydeleg kognitiv svikt (Mini-Mental Status Examination skår >24), fråvær av psykiatriske eller alvorlege systematiske sjukdommar.</p>	<p>stillingssvaimål. Den fysiske helsa var definert etter evna til å delta i fritidsaktivitetar hos nokre av deltakarane. Livskvalitet var såleis ikkje berre relatert til motoriske forstyrringar assosiert med sjukdommen, men også til livsstilsaktivitetar. Dei konkluderte med at sosiale samanhengar, med hensikt å fremje sosiale aktivitetar kan dempe nokre av konsekvensane ved Parkinsons sjukdom.</p>
<p>Monsen, A. A. & Alpers, L.-M. (2023). Helsepersonells erfaring med selvmordsrisiko hos hjemmeboende eldre personer. <i>Sykepleien Forskning</i>, 18(93191): e-93191.</p>	<p>Undersøke kva erfaringa helsepersonell hadde med sjølvsmordsrisiko ved dei heimebuande eldre pasientane i heimesjukepleia</p>	<p>Kvalitativ metode</p> <p>Intervju med seks tilsette ved heimesjukepleia i ein liten og ein stor kommune i Noreg.</p>	<p>Helsepersonell opplever at fleire av dei eldre oppfatta tilværa som meningslaus og kan kjenne seg som ei belastning for både helsepersonell og pårørande. Tiltak som primærkontakt skapar kontinuitet i arbeidet som trengst for å skape gode relasjonar. Det blir også lettare å oppdage depresjon hos pasientane med god relasjon. Lang erfaring har også ein stor betydning for god kommunikasjon og relasjonsbygging. Dette er også med på å avdekke depressive</p>

			symptom og styrke kvardagsmeistring hos pasienten.
Schönberg, A., Zipprich, H. M., Teschner, U., Grosskreutz, J., Witte, O. W. & Prell, T. (2021). Impact of subthreshold depression on health- related quality of life in patients with Parkinson's disease based on cognitive status. <i>Health and Quality of Life Outcomes</i> , 19, 107	Undersøke kor stor innverknad depresjon/ subterskeldepresjon (STD) har på livskvaliteten hos Parkinsons pasientar.	Kvantitativ metode 230 deltakarar, Parkinsonspasientar med både normal og nedsett kognitiv status. Brukt seks forskjellige spørjeskjema som skåra depressive symptom, ikkje-motoriske symptom, motoriske symptom og generell helse kring Parkinsons sjukdom.	Hos deltakarar med høg MOCA-skår (normal kognitiv funksjon) var subterskeldepresjonen assosiert med lågare skår på emosjonell velvære enn hos dei med låg MOCA-skår (mild- /kognitiv svikt). Livskvaliteten blir påverka av subterskeldepresjon, derimot var det berre observerbar hos Parkinsons pasientar med normal kognitiv funksjon. Pasientar med subterskeldepresjon viser til større reduksjon i livskvalitet enn pasientar som ikkje er deprimerte. Pasientane sin kognitive funksjonsskår var knytt til emosjonelt velvære og livskvalitet, i tillegg til sjukdomsgrad og funksjonshemming.