



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY301813 Sykepleie VI - Del 2

Forebygging av depresjon i sykehjem

Kandidatnumre: 10046 og 10092

Totalt antall sider inkludert forsiden: 51

Antall ord: 8126

Hovedveileder: Bente Schei Skagøy

Innlevert Ålesund, 22.05.17

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Bente Schei Skagøy

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13](#)/[Fvl. §13](#))

Dato:

Antall ord: 8126

Sammendrag

Bakgrunn: I denne studien ønsker vi å belyse gode sykepleietiltak for forebygging av depresjon hos pasienter i sykehjem. Depresjon hos pasienter i sykehjem kan være vanskelig å oppdage fordi det ofte er den fysiske funksjonen som står i fokus, ikke den psykiske.

Hensikt: Vi ønsker å finne ut hvordan sykepleier kan oppdage depresjon, altså hvilke kartleggingsverktøy de kan bruke, og hvilke tiltak som kan være med på å forebygge denne lidelsen.

Metode: Vi har gjort en systematisk litteraturstudie, som vi har basert på søk i ulike databaser, men endte til slutt opp med å bruke CINAHL. Det resulterte i åtte ulike forskningsartikler som vi har brukt for å besvare vår problemstilling.

Resultat: Resultatene vi har funnet belyser at det er svært mange pasienter i sykehjem som enten er diagnostisert med depresjon eller har depressive symptomer. Artikkene vi har brukt belyser forskjellige årsaker til dette. Resultatene har vi delt inn i tre kategorier; kartleggingsverktøy for oppdaging av depresjon, aktivitet- og musikkterapi og bevare pasientens autonomi.

Konklusjon: I studien vår har vi konkludert med at det burde være større fokus på forebygging av depresjon til pasienter i sykehjem. Det viser seg at gruppeaktiviteter, som for eksempel musikkterapi, har positiv effekt på reduksjon i blant annet depressive symptomer og sosial isolasjon.

Nøkkelord: forebygging, depresjon, sykehjem og sykepleietiltak.

Abstract

Background: In this study we want to illuminate good nursing interventions for the prevention of depression in patients in nursing homes. Depression in nursing homes can be difficult to detect because of the main focus often is at physical functions, not the mental.

Aim: We want to find out how nurses can detect depression, which screening devices they can use, and interventions to prevent this disorder.

Method: We have done a systematic literature review, based on searches in various databases, eventually we ended up using CINAHL. It resulted in eight different research articles that we have used to answer our problem.

Results: The results we have found illuminate that there are many patients in nursing homes that are either diagnosed with depression or have depressive symptoms. The articles we used illuminate various reasons for it. The results have been divided into three categories; screening devices for detection of depression, activity- and musictherapy and maintain patients autonomy.

Conclusion: In our study, we concluded that there should be more focus on prevention of depression in elderly nursing home patients. It appears that group activities, such as music therapy, can have a positive effect on reducing depressive symptoms and social isolation.

Keywords: prevention, depression, nursing homes and nursing interventions.

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Hensikt	2
1.2 Problemstilling Vi har derfor valgt denne problemstillingen;	2
1.2.1 Avgrensning	2
1.2.2 Begrepsavklaring.....	2
2.0 Teori	3
2.1 Forebyggende helsearbeid.....	3
2.1.1 Fremme psykisk helse	4
2.2 Depresjon	4
2.2.1 Mild depresjon	5
2.2.2 Moderat depresjon.....	6
2.2.3 Alvorlig depresjon.....	6
2.3 Kommunikasjon og relasjoner	6
2.4 Teorier	7
2.4.1 Sense of coherence – opplevelse av sammenheng.....	7
3.0 Metode	9
3.1 Systematisk litteraturstudie	9
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	9
3.3 Etisk vurdering	10
3.4 Datainnsamling	10
3.5 Søkestrategi	11
3.6 Kvalitetsvurdering.....	11
3.6.1 Analyse av forskningsartiklene	12
4.0 Resultat	13
4.1 Kartleggingsverktøy for oppdaging av depresjon	13
4.2 Aktivitet- og musikkterapi	13
4.3 Bevare pasientens autonomi.....	15
5.0 Diskusjon	16
5.1 Metodediskusjon.	16
5.1.2 Valg av artikler.....	16
5.2 Resultatdiskusjon	17
5.2.1 Kartleggingsverktøy for oppdaging av depresjon	17
5.2.2 Aktivitet- og musikkterapi	18
5.2.3 Bevare pasientens autonomi.....	21
6.0 Konklusjon	24
Litteraturliste	26
Vedlegg 1	29
Vedlegg 2	30
Vedlegg 3	31
Vedlegg 4	33
Vedlegg 5	35
Vedlegg 6	37
Vedlegg 7	39
Vedlegg 8	41
Vedlegg 9	42
Vedlegg 10	43

1.0 Innledning

Depresjon er en alvorlig sykdom som er til stor belastning for både pasient og pårørende. Alt for mange tar for lett på denne sykdommen og konsekvensen av dette er at mange med depresjon ikke søker hjelp eller får riktig behandling for sin sykdom. Noen har ikke initiativ eller energi til å søke hjelp, mens andre tror det ikke finnes håp for dem eller at det ikke finnes behandling som kan hjelpe (Moksnes, 2007).

Det er mange årsaker til depresjon. Mennesker kan være biologisk sårbare for både kroppslige og psykisk lidelser og de blir utsatt for mange påkjenninger. Det å få en depresjon kan forstås på flere måter. Noen er arvelig belastet, andre blir sansemessig og sosialt isolert (Moksnes, 2007). Forekomsten av depresjon varierer, og er avhengig av hvilken gruppe som studeres, hvilke måleinstrumenter som blir brukt og hvilke kriterier som brukes for å stille diagnosen. Det kommer frem i studier at 40% av pasienter i sykehjem lider av depresjon. Det forekommer oftest det første året etter innleggelsen og særlig hos personer som sliter med fysisk sykdom (Moksnes, 2007).

I følge Kirkevold (2014) er depresjon en hyppig forekommende psykisk lidelse hos eldre, og den blir ofte oversett. Videre er depresjon forbundet med kortere levetid og redusert nytteeffekt av rehabiliteringstilbud. Holte (2017) sier i en uttalelse at den store stygge ulven ikke er de alvorlige psykiske lidelsene, men de vanlige psykiske lidelsene, hvor depresjon er den største kategorien (Karlsen, 2017). Videre trekker han frem hvordan forebygge psykiske helseproblemer og fremme psykisk helse i et samfunnsøkonomisk fornuftig perspektiv. Hos pasienter på sykehjem finner man en høyere utbredelse av depresjon både som symptom (ca. 40%) og lidelser (ca.20-25%). Den samme utbredelsen av depresjon finner man hos mennesker med redusert mobilitet (Kvaal, 2014).

I Forskning (2009) kommer det frem at etter 2015 vil andelen eldre øke, i 2030 vil andelen eldre øke til 17 % og 21 % i 2050. I denne studien vil vi se nærmere på dette temaet da vi begge har møtt mange pasienter i praksis som blir behandlet for depresjon etter at de ble lagt inn på sykehjem, eller etter at de flyttet inn på sykehjem. Vi ønsker å finne ut hvordan sykepleier kan forebygge depresjon hos pasienter i sykehjem. Vi ønsker ikke å se spesifikt på eldre, men alle pasienter i sykehjem.

1.1 Hensikt

Hensikten med denne studien blir å undersøke gode sykepleietiltak til forebygging av depresjon hos pasienter i sykehjem. For å finne gode sykepleietiltak til forebygging av depresjon, må vi også finne ut hvordan man kartlegger en eventuell depresjon i sykehjem. Vi finner det naturlig å ta utgangspunkt i et sykepleierperspektiv.

1.2 Problemstilling

Vi har derfor valgt denne problemstillingen;

Hvordan kan sykepleier forebygge depresjon hos pasienter i sykehjem?

1.2.1 Avgrensning

Vi har valgt å avgrense denne oppgaven til pasienter i sykehjem. Det er mange forskjellige begrep som kan brukes om mennesker som bor på sykehjem. Vi har i denne oppgaven valgt å bruke begrepet pasient.

1.2.2 Begrepsavklaring

Sykehjem

I følge Norsk Helseinformatikk (2015) er sykehjem et sted man får behandling, opptrening og hjelp til daglige gjøremål i en kort- eller lang periode på grunn av sykdom, skade eller normal aldring som i noen tilfeller gjør at man ikke klarer seg hjemme.

2.0 Teori

Her vil vi presentere relevant teori som vi vil bruke videre i diskusjonskapittelet.

2.1 Forebyggende helsearbeid

Forebyggende og helsefremmende arbeid tar i følge Mæland (2010) ikke sitt utgangspunkt i sykdom og risikofaktorer, men heller i de faktorene som kan styrke ressursene for god helse. Forebyggende helsearbeid handler altså om å forebygge sykdom og fremme helsen (Mæland, 2010).

Forebyggende arbeid mot psykiske lidelser dreier seg om et bredt spekter av tiltak som retter seg mot samfunnsforhold, nærmiljø, familien og enkeltindivider. I følge Mæland (2010) har prinsippene for det helsefremmende arbeidet stor relevans, fordi siktemålet er å styrke generelle ressurser for mental helse; noe som forutsetter aktiv medvirkning fra folk. Videre går det frem at de aller fleste vil møte ulike påkjenninger og kriser gjennom livet, det kan bidra til vekst og utvikling. Støtten fra andre vil da være minst like viktig som egne mestringsressurser. Det vil være vesentlig å ha et hjelpetilbud på et så tidlig tidspunkt som mulig for å forebygge at de utvikler depresjon eller andre psykiske lidelser (Mæland, 2010).

I Folkehelseloven (2011) står det at formålet med loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller. Kommunen sitt ansvar er å fremme befolkningens helse og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Kommunen har også i følge Folkehelseloven (2011) et ansvar for å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Det å fremme psykisk helse forutsetter en vedvarende oppmerksomhet og innsats for å beskytte mental helse gjennom hele livet. Selvmordsraten kan reduseres betraktelig hvis alt helsepersonell trenes opp til å oppdage tidlige tegn på depresjon, og hvis adekvat behandling blir gitt (Hummelvoll, 2012). Innen psykisk helsearbeid er det viktig å komme tidlig i gang med behandling, samtidig som det er vesentlig å oppdage tegn på tilbakefall på et tidlig tidspunkt slik at man kan sette inn tiltak som kan redusere sannsynligheten for sykdomsutbrudd og skadevirkninger (Hummelvoll, 2012).

2.1.1 Fremme psykisk helse

I arbeidet for å fremme den psykiske helsen vil de konkrete forebyggingsstrategiene relateres til tre kritiske områder: opplevelse av meningssammenheng, arbeid og sysselsetting og det sosiale nettverk (Hummelvoll, 2012).

Opplevelsen av meningssammenheng går ut på å se mening og oppleve sammenheng i tilværelsen og det er av vesentlig betydning for helsen. Cullberg (1999) hevder at på det personlige plan er opplevelse av mening og sammenheng i livet et bærende element i selvfølelsen (Hummelvoll, 2012). Sentralt i denne tankegangen finner vi teorien til Antonovsky (1985) "sense of coherence". Denne følelsen av sammenheng er en generalisert, langvarig måte å betrakte verden og sitt eget liv på (Hummelvoll, 2012). Forholdet som kan påvirke opplevelse av meningssammenheng er i følge Hummelvoll (2012) samfunnsendringer som fører til normusikkerhet og svekket kontakt mellom generasjonene.

Sosialt nettverk betyr det nærmiljø av både formell og uformell art som individet beveger seg innenfor, og som kan gi følelsesmessig støtte og verdsetting, informasjon og hjelp til å orientere seg i omverdenen og også til å mestre problemer, vennskap, felles interesser og verdier og materiell støtte ved behov (Hummelvoll, 2012). Å ha noen som står en nær, er i følge Hummelvoll (2012) avgjørende for vår opplevelse av helse og livskvalitet.

2.2 Depresjon

I følge Kvaal (2014) er depresjon hos pasienter en svært vanlig og en langt mer alvorlig lidelse enn angst. Det er også knyttet til betydelig økt dødelighet. Videre skriver hun at depresjon kan være invalidiserende og en stor byrde for både for pasient og pårørende. Depresjon er ofte en skjult lidelse, som en person sliter med alene, uten at noen diagnose er stilt. Det har vist seg å være tilfellet hos mange eldre. Mange eldre kan slite med depresjon uten at det blir diagnostisert eller behandlet. (Fjørtoft, 2012).

Symptomer på depresjon:

- Senket stemningsleie
- Interesse- eller gledesløshet
- Lite energi

- Søvnforstyrrelser
- Psykomotorisk- aktivering eller hemming
- Redusert- eller økt appetitt
- Konsentrasjonsvansker eller problemer med å bestemme seg
- Dårlig selvtillit, skyldfølelse og mindreverdsfølelse, noen ganger i form av vrangforestillinger
- Pessimisme
- Døds- eller selvmordstanker, selvmordsforsøk (Aarre, Bugge og Juklestad, 2010).

En utfordring i det kliniske arbeidet er å oppdage pasientene som lider av angst og depresjon med debut i høyere alder. Som oftest i sammenheng med sykdom og/eller nedsatt funksjonsnivå. Denne pasientgruppen er underdiagnostisert i samfunnet (Kvaal, 2014).

Depressive symptomer kan ofte bli tolket som normale aldringstegn, og blir derfor ikke tatt alvorlig. Uansett alder, så er depresjon en smertefull tilstand. Aktuelle behandlingstiltak kan være samtaleterapi og medikamenter. I tillegg til disse behandlingstiltakene, så må sykepleier ha søkelyset på de grunnleggende behovene og samarbeide tett med pasienten om å bryte isolasjonen (Fjørtoft, 2012). Depresjon er ikke en entydig lidelse. Depresjon kan ha en glidende overgang mellom tristhet, depressive symptomer og en alvorlig depresjon som trenger behandling. Den første oppgaven sykepleieren har er å kartlegge hvordan hver enkelt klarer seg i hverdagen (Fjørtoft, 2012). Pasienter som har depresjon er ofte sårbare, og de krever ikke særlig mye fra omgivelsene. Ofte lider pasienter med depresjon i stillhet. Disse pasientene er sensitive overfor holdninger de møter i omgivelsene. Det er da viktig at sykepleier har egenskap som å oppøve sanseskarphet, sensitivitet og empati. Det innebærer å forstå pasientens perspektiv, opplevelser og følelser, og å kunne respondere og bekrefte pasienten ved hjelp av kommunikasjon preget av varme og respekt (Kvaal, 2014).

2.2.1 Mild depresjon

Ved mild depresjon er realitetsorienteringen intakt. Personen vil oppleve tristhet, men det senkede stemningsleiet påvirker ikke dømmekraften i forhold til seg selv eller andres motiver. I følge Hummelvoll (2012) vil en stabil selvfølelse beholdes, på tross av at

selvaktelsen kan være noe redusert og personen derfor har et økt behov for ytre bekreftelse på seg selv. Personen vil kunne trekke seg tilbake fra andre mennesker og fra sosiale aktiviteter, og kan bli ekstra følsom for reelle eller antatte avvísninger fra andre (Hummelvoll, 2012).

2.2.2 Moderat depresjon

På dette nivået er det i følge Hummelvoll (2012) en større tendens til å fordreie virkelighetsoppfatningen. Dette kan skje ved at egen følelse av utilstrekkelighet projiseres over på andre, slik at personen tror at andre misliker ham eller har en negativ oppfatning av ham. Dømmekraften er dårlig i og med at andres intensjoner ofte mistolkes, og at egne evner blir undervurdert. Virkelighetsfølelsen er forstyrret - særlig tolkning av kroppslige stimuli. Personen kan føle tomhet, eller at det er noe galt med hjerterytmen, pusten, fordøyelsen eller eliminasjonen (Hummelvoll, 2012).

2.2.3 Alvorlig depresjon

Realitetstesting er så svekket at fastlåste forestillinger forekommer. Vurderingsevnen er også meget dårlig fordi personen ikke bryr seg om konsekvensene av sin atferd. Realitetsoppfatningen er i følge Hummelvoll (2012) forandret så mye at ekstrem derealisasjon og depersonalisasjon kan forekomme, noe som fører til følelse av fremmedgjøring og kroppslige feiltolkninger. Tankeprosessen vil være ulogisk, og hukommelse, konsentrasjonsevne og oppmerksomhet er markant svekket (Hummelvoll, 2012).

2.3 Kommunikasjon og relasjoner

Begrepet kommunikasjon defineres i Eide og Eide (2011) som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Begrepet kommunikasjon betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i og ha forbindelse med. Videre blir begrepet relasjon brukt om den enkelte hjelpers forhold til pasienter, pårørende, kolleger og samfunnet (Eide og Eide, 2011). Empowerment er en holdning som kommer til uttrykk gjennom praktisk kommunikasjon og ved å involvere pasienten i beslutninger, og er begrunnet i etiske verdier som likeverd, respekt, hensynet til pasientens beste og autonomi (Eide og Eide,

2011). I følge Hauge (2014) kommer det frem at mange av pasientene på sykehjem legger vekt på at pleierne er vennlige, hjelpsomme og interessert i dem som enkeltpersoner. Sykepleierne sin opptreden og samhandling med pasientene, kan ha stor betydning for det å oppleve håp og mening når man først bor på institusjon (Hauge, 2014). Andre eksempler på aktiviteter som kan gi et bedre samhold og gode relasjoner er sansehager, musikkterapi og kjæledyr (Hauge, 2014).

2.4 Teorier

Vi har valgt å bruke teorien om mestring “Sense of Coherence” av Antonovsky (2013) som omhandler opplevelse av sammenheng. Videre i oppgaven vil vi bruke forkortelsen OAS, i stedet for å skrive «opplevelse av sammenheng». Denne teorien har vi valgt på bakgrunn av forskningsartiklene vi har funnet. Flere av de inkluderte artiklene våre omhandler det å føle seg sett og det å være en del av et samfunn. Vi tenker at denne teorien kan settes i sammenheng med det, noe vi vil gå dypere inn på i diskusjonen.

2.4.1 Sense of coherence – opplevelse av sammenheng

Aaron Antonovsky var en sosiolog, opptatt av en salutogen tilnærming til helse. Han var opptatt av mennesker sin “opplevelse av sammenheng” (Sense of coherence). Han fant tre kjernekomponenter i OAS, hvor den første var begripelighet. I følge Antonovsky (2013) er begripelighet den veldefinerte og uttrykkelige kjernen i den opprinnelige definisjonen. Det handler om hvordan man opplever stimuli som man utsettes for i det indre- og ytre miljø. Det handler også om at personer som skårer høyt på dette punktet, forventer at stimuli de møter i fremtiden er forutsigbare, og hvis det kommer overraskende skal personen kunne plassere de i en sammenheng og forklares (Antonovsky, 2013).

Den andre komponenten i OAS er håndterbarhet, det handler om i hvilken grad man opplever at man har tilstrekkelige ressurser til rådighet til å kunne takle kravene man blir stilt overfor av stimuliene man bombarderes med (Antonovsky, 2013). Det å oppleve sterk håndterbarhet handler i følge Antonovsky (2013) om å kunne føle at man ikke er et offer for omstendighetene, eller at livet har behandlet personen urettferdig. Det handler også om å kunne bearbeide en sorg og komme videre i livet etter at noe har skjedd (Antonovsky, 2013).

Den tredje og siste komponenten i OAS er meningsfullhet. Den komponenten handler om i hvilken grad man føler at livet er forståelig rent følelsesmessig, og i følge Antonovsky (2013) at det er utfordringer som man tar på strak arm og ikke ville vært foruten. Det handler altså om å kunne ta utfordringer, som for eksempel sykdom eller død, på en anstendig måte. Alle komponentene er av betydning, men motivasjonskomponenten som ligger i opplevelsen av mening, ser ut til å være mest sentral (Antonovsky, 2013).

3.0 Metode

3.1 Systematisk litteraturstudie

For å finne svar på problemstillingen vår brukte vi systematisk litteraturstudie i arbeidet med denne oppgaven. Systematisk litteraturstudie har blitt definert som at det utgår fra et tydelig formulert spørsmål som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengström, 2013). I følge Forsberg og Wengström (2013) er en forutsetning for at man skal kunne gjøre en systematisk litteraturstudie at det finnes et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Før vi begynte å søke etter relevante forskningsartikler, valgte vi å sette opp en tabell med inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette gjorde det lettere for oss å finne artikler som vi kunne ta med i oppgaven vår, og som samtidig svarte på vår problemstilling.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Omhandle forebygging, depresjon, sykehjem og sykepleieintervensjon.	Barn, ungdom og pårørende.
Fagfellevurdert	Pårørende- og pasientperspektiv
Etisk vurdert	Sykehuspasienter
IMRaD-struktur	Hjemmeboende eldre
Sykepleieperspektiv	Lavere publiseringsnivå enn 1 eller 2 i NSD
Artiklene skulle være på norsk, svensk, dansk eller engelsk	

3.3 Etisk vurdering

I følge Forsberg og Wengström (2013) er det et krav i alle vitenskapelige forskningsstudier at det utføres etiske vurderinger. Interessen for å innhente ny kunnskap skal alltid veies opp mot kravet om å beskytte individene som har tatt del i studien eller undersøkelsene (Forsberg og Wengström, 2013). Vi har valgt å inkludere kun forskningsartikler som har blitt etisk vurdert. Dette fordi vi ser det som en viktighet at deltakerne i studien har blitt godt behandlet underveis og at anonymiteten er blitt ivaretatt. Dette mener vi at forskerne hadde gjennomført godt.

3.4 Datainnsamling

Før vi startet å søke i de ulike databasene, valgte vi å sette opp et PICO-skjema. PICO er en strukturert metode for å sette sammen en søkestrategi ut i fra problemstillingen. PICO er i følge Forsberg og Wengström (2013) en forkortelse for:

P - pasient/populasjon. Her brukte vi depresjon hos pasienter i sykehjem.

I - intervensjon. Vi ønsket her å vite hvordan sykepleier kan forebygge en depresjon hos pasienter i sykehjem.

C - kontrollgruppe. Dette var ikke aktuelt for vår oppgave, vi har derfor ikke tatt det med i søket.

O - utfall. Her ønsket vi å se hvilken effekt sykepleietiltakene hadde for forebygging av depresjon hos pasienter i sykehjem.

Databasene vi har brukt til å finne forskning til denne oppgaven er CINAHL og MEDLINE. I begge databasene som er brukt, fant vi ut at det er behov for mer forskning på området med tanke på problemstillingen vår. Det er mye forskning rundt temaet, men av nyere dato finnes det mindre forskning. I CINAHL brukte vi søkeordene depression, prevention, nursing intervention og nursing home. Disse søkeordene var felles for alle artiklene, vi la til "Norway" og fant en artikkel som omhandlet musikkterapi i forebygging av depresjon. I MEDLINE fant vi flere aktuelle artikler, men vi fikk ikke opp alle artiklene i fulltekst, og flere av dem var heller ikke fagfellevurdert. Vi brukte de samme søkeordene i MEDLINE som i CINAHL, og fikk opp mange av de samme forskningsartiklene. Vi valgte derfor å forholde oss til CINAHL.

Et av de viktigste inklusjonskriteriene var at artiklene skulle inneholde en IMRaD-struktur og at de var fagfellevurdert. I følge Dalland (2012) er IMRaD-strukturen den mest brukte normen for oppbygging og struktur av den enkelte artikkel. IMRaD er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2012). Vitenskapelige artikler gjennomgår i følge Dalland (2012) en mye strengere kvalitetssikring enn fagtidsskriftene. Det stilles krav om innhold og form i et vitenskapelig tidsskrift. Artiklene gjennomgår det som kalles fagfellevurdering. Fagfellevurdering betyr at artiklene blir vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet (Dalland, 2012).

3.5 Søkestrategi

To av vedleggene til denne oppgaven er søkehistorikk. Der finner man oversikt over søkene vi gjorde. Vi gjorde et siste søk i databasene 06.05.17 fordi vi ønsket å se om det hadde kommet mer- og nyere forskning innenfor det området. Resultatet vi fikk var litt ulikt det vi hadde fra før, men vi valgte å ikke bytte ut noen av forskningsartiklene vi allerede hadde valgt.

På det første søket som ble gjort i CINAHL, brukte vi søkeordene depression, prevention, nursing intervention og nursing home. Disse brukte vi i en kombinasjon med "AND". Vi haket av for at det skulle være forskningsartikkel og at den var fagfellevurdert. Vi valgte å ikke begrense søket med noen årstall, dette fordi vi da ikke fant relevant forskning. Med bare søkeordene, før vi haket av begrensningene fikk vi 20 671 treff, etter vi haket av begrensningene fikk vi bare 38 treff, hvor vi valgte å lese abstrakten til 17 artikler, før vi valgte ut 7 av dem.

På det andre søket vi gjorde brukte vi de samme søkeordene, i tillegg til at vi la til Norway. Vi brukte de samme begrensningene på dette søket. Vi fikk på dette søket 646 treff. Av disse valgte vi å lese abstrakter til 12 artikler, hvor vi deretter leste 2 artikler og valgte den ene av dem.

3.6 Kvalitetsvurdering

For å kvalitetsvurdere tidsskriftene som har publisert de utvalgte artiklene vi inkluderte, søkte vi opp tidsskriftene i norsk senter for forskningsdata (2017). Vi søkte så opp tidsskriftene på norsk samfunnsvitenskapelig database hvor vi hadde 5 artikler som hadde

blitt publisert i en tidsskrift som fikk nivå 1. Videre var det 3 artikler som hadde blitt publisert i en tidsskrift som fikk nivå 2. Kvalitetsbedømming bør i følge Forsberg og Wengström (2013) minst inneholde formålet med studien og problemstilling, design, utvalg, analyse og tolkning. Vi la vekt på å finne artikler som inneholdt ulike alternative tiltak for forebygging av depresjon.

3.6.1 Analyse av forskningsartiklene

Når vi skulle analysere artiklene vi har funnet, tok vi utgangspunkt i Evans (2002) hvor han går gjennom fire steg for hvordan man kan analysere forskningsartikler. Det 1. steget er å innsamle data, altså å søke etter relevant forskning i forhold til problemstillingen. Det 2. steget er å finne nøkkelfunnene i hver enkelt artikkel. Det 3. steget handler om å relatere sentrale funn i artiklene på tvers av alle artiklene som skal brukes i oppgaven. Det 4. steget er å samle de felles funnene for å få en beskrivelse av fenomenet.

Vi hadde hvert vår eksemplar av alle artiklene. For å finne nøkkelfunnene leste vi gjennom artiklene og markerte med fargemarkører det hver av oss mente var nøkkelfunn. Deretter sammenlignet vi artiklene og så om funnene samsvarte mellom oss begge. For å finne sentrale funn som går igjen i flere av artiklene brukte vi nøkkelfunnene vi fant og sammenlignet disse, for så å markere de nye funnene i en egen farge. Ut i fra funnene i artiklene, har vi delt det inn i tre kategorier. Disse kategoriene er:

- Kartleggingsverktøy for oppdaging av depresjon.
- Aktivitet og musikkterapi.
- Bevare pasientenes autonomi.

4.0 Resultat

I resultatet vil vi presentere funnene vi gjorde i forskningsartiklene, som vi videre valgte å dele inn i tre kategorier.

4.1 Kartleggingsverktøy for oppdaging av depresjon

Et sentralt funn i flere av artiklene er at de alle har brukt GDS (geriatrisk depresjonsskala) som et verktøy for å kartlegge en eventuell depresjon til pasienter på sykehjem. Det er i disse artiklene brukt tre forskjellige versjoner av GDS, en med 30 spørsmål, en med 15 spørsmål og en med 8 spørsmål. Det var ingen signifikant forskjell på resultatet om du brukte den korte eller lange versjonen av GDS. Ut ifra dette ser vi at alle tre versjonene er et egnet verktøy for å kartlegge depresjon og vurdere behandlingsalternativ hos pasienter på sykehjem (Smalbrugge, Jongenelis, Pot m.fl, 2008). Geriatrisk depresjonsskala er et selvutfyllingsskjema som pasienten selv besvarer, det vil altså kunne identifisere en mulig depresjon. Det er i følge Kirkevold (2014) anbefalt å gjennomføre dette som et intervju. Skjemaet kan også brukes av helsepersonell uten psykiatrisk kompetanse og en skår på over 11 indikerer en depresjon (Kirkevold, 2014).

Det ble oppdaget depressive symptomer hos mer enn halvparten av pasientene uten kognitive svekkelser. Det ble brukt GDS-15 for å kartlegge og oppdage de depressive symptomene (Drageset, Eide og Ranhoff, 2011). Ved å bruke GDS etter kognitiv atferdsterapi med hjemmelekser, kan man se at dette verktøyet viser en bedring av de depressive symptomene (Konnert, Dobson og Stelmach, 2009).

4.2 Aktivitet- og musikkterapi

I fem av artiklene vi har valgt å bruke er et sentralt funn at det er sammenheng mellom depresjonssymptomer, aktivitet, musikkterapi og kognitiv atferdsterapi. Felles for alle disse studiene er at aktivitet, gruppeterapi, musikkterapi og kognitiv atferdsterapi har en positiv effekt på depresjonssymptomer. Pasienter som trenger hjelp til ADL, har større sjanse for å utvikle depresjon. Det er viktig at pasientene selv får gjøre mest mulig, slik at de bevarer autonomien deres. Sykdom og funksjonstap kan være stressende og føre til mer depresjon hos yngre pasienter. Dette på grunn av at de fort sammenligner seg selv med andre på sin alder, som ikke lider av funksjonstap (Drageset, Eide og Ranhoff, 2011).

I motsetning til studien nevnt over, kommer det her frem at medisinsk tilstand, funksjonstap og fysisk smerte ikke er nevnt som en hovedgrunn til depresjon. Det som var med på å gjøre pasientene deprimert var at de ikke lenger klarte å gjøre dagligdagse aktiviteter som husvask og matlaging, shopping, planting av blomster, utendørsaktiviteter, sosiale arrangementer eller bare det å kunne gå i kirken de tilhører. Bare det å komme seg mer ut av institusjonen ville være en positiv faktor for forebygging av depresjon, og at det er et forbedringspotensiale på aktivitetsfronten (Choi, Ransom og Wyllie, 2008).

Deltakelse i musikkterapien hadde positiv virkning på MADRS (Montgomery Aasberg Depression Rating Scale) målingen som ble gjort av pasientene. Det kom også fram at farmasøytisk behandling og musikkterapi skreddersydd til hver enkelt pasient, ville gi en forbedring i depressive symptomer. Høy deltakelse i musikkterapien viste seg å være knyttet til en stor reduksjon i depresjon hos pasientene. Pasienter som hadde en katatonisk passiv form for depresjon hadde effekt av å høre musikk med positive elementer i, mens pasienter som var i en sorgprosess hadde effekt av å høre familiære sanger slik at musikken kunne hjelpe dem gjennom emosjonelle vansker (Myskja og Nord, 2008).

Det kommer frem at musikkterapi har en positiv effekt på pasienter med depressive symptomer, som gjenspeiler seg i artikkelen til Meeks, Young og Looney (2007), hvor det kommer frem at aktivitetsdeltakelse har positiv effekt på pasienter med depressive symptomer. Det er nødvendigvis ikke de generelle programmene som gir effekt, men at det da kan tilpasses aktiviteter til de ulike gruppene pasienter som er med. For eksempel at det er en musikkterapi-time for de som er i en sorgprosess, og en time for de som trenger positivitet inn i livet sitt, som de kan få gjennom musikk.

Det var forbedring i symptomer av depresjon linket til deltakelsen i aktiviteter. Total aktivitet var relatert til glede og interesse for flertallet av pasientene, men de var i ulik grad positivt påvirket av de forskjellige aktivitetene. Det kom også fram at generelle treningsprogram, som det ofte er på sykehjem, nødvendigvis ikke har positiv effekt på å engasjere flertallet av pasientene i aktiviteter som skal bedre livskvaliteten deres. Det kan i stedet for generelle program være nyttig med mer skreddersydde program, spesielt for de med depressive symptomer. Det er sammenheng mellom aktivitet og positiv virkning som er på å danne grunnlaget for hyggelige intervensjoner på sykehjemmene (Meeks, Young og Looney, 2007).

Deltakelse i gruppebehandling med tilhørende hjemmelekse, kan bedre resultatet av kognitive atferdsprogram. Av de 22 deltakerne som fullførte dette programmet, var det kun 1 som mente det ikke var til hjelp, 9 syntes de hadde noe hjelp av det, og de resterende 12 syntes de hadde stor hjelp av det. Totalt 17 av deltakerne mente programmet var til hjelp mot å forebygge en fremtidig depresjon. Det viser seg at kognitiv atferdsterapi er hensiktsmessig for pasienter med mild depresjon. Og at en langsiktig oppfølging er nødvendig for å kunne vurdere effekten av hvordan kognitiv atferdsterapi skal kunne være til hjelp for fremtidige depressive symptomer (Konnert, Dobson og Stelmach, 2009).

4.3 Bevare pasientens autonomi

Kognitivt intakte pasienter responderer sterkere til tapet på autonomi og frihet på grunn av uflexible rutiner i sykehjem. Og manglende sosial kontakt er relatert til depressive symptomer (Drageset, Eide og Ranhoff, 2011). Vi kan se i studien gjort av Haugan, Innstrand og Moksnes (2013) at et forhold mellom sykepleier og pasient som gjør at pasienten føler seg unik og blir tatt seriøs, kan være med på å gi pasienten en følelse av verdighet og dermed forebygge og redusere depresjon hos sykehjemspasienter. Studien til Drageset, Eide og Ranhoff (2011) sammenlignet med studien til Haugan, Innstrand og Moksnes (2013) kan man se at de som jobber på sykehjemmene må kunne kommunisere og observere pasientene for å se tegn eller symptom på depresjon. Som igjen er en viktig faktor til at pasienten skal føle seg verdsatt og sett av noen.

Noen av hovedgrunnene til å være eller bli deprimert er tapet av selvstendighet, frihet og kontinuitet med deres gamle liv. Det kan være følelser av sosial isolasjon og ensomhet, manglende privatliv og tap av autonomi i forbindelse med sykehjemmets lover og regler (Choi, Ransom og Wyllie, 2008). Dette kan sammenlignes med studien til Drageset, Eide og Ranhoff (2013) hvor de belyser at det å ha et nettverk med personer som har felles interesse, er viktig for å redusere depressive symptomer. Ut ifra dette kan man se at ensomhet og isolasjon fra samfunnet utenfor sykehjem kan være med på å utvikle depressive symptomer.

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen skal det drøftes analyseprosessen vår og metoden vi har brukt.

5.1.2 Valg av artikler

Når vi søkte etter forskning søkte vi i flere ulike databaser, blant annet MEDLINE og CINAHL. Valget vårt falt på å bruke CINAHL, da dette er en database som oppleves oversiktlig og som er kjent for oss da det er den vi har brukt mest gjennom studiet. For å finne forskninger vi mente var relevante for vår oppgave og problemstilling, brukte vi søkeord som kunne gi oss svar på vår problemstilling. Søkeordene som ble brukt var forebygging (prevention), depresjon (depression), sykehjem (nursing home) og sykepleieintervensjon (nursing intervention). I tillegg hadde vi, i det ene søket, med søkeordet Norge (Norway). På første søk brukte vi begrenset årstall (2007-2017), men på grunn av for få treff måtte vi utvide. Det viste seg at ingen av de forskningsartiklene vi til slutt valgte å ta med i denne oppgaven var eldre enn 2007. I Forsberg og Wengström (2013) står det at en systematisk litteraturstudie innebærer å systematisk søke og kritisk granske et emne eller problemområde. Dette var noe vi gjorde før vi valgte ut hvilke forskningsartikler vi skulle ta med i oppgaven. Noen av inklusjonskriteriene vi hadde var at artiklene skulle ha en IMRaD-struktur og at de var fagfellevurdert.

Problemstillingen vår omhandler hvordan sykepleier kan forebygge depresjon. Vi har valgt forskning som gir gode alternativer på tiltak som kan brukes til å forebygge depresjon, og hva som kan forbedres på sykehjemmene for pasientene i forhold til dette. I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 1.4 står det at sykepleieren skal holde seg oppdatert om forskning og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi hatt et godt samarbeid og det har vært stor enighet rundt oppgavens utføring og utforming. Vi har vært kritiske til hverandre og gitt hverandre konstruktiv tilbakemelding. I starten av prosessen var vi usikre på om vi skulle fordele arbeidet med å lese artiklene, altså om vi skulle lese noen av dem hver for oss. Det endte opp med at vi begge leste igjennom alle de aktuelle artiklene sammen, for så å diskutere om de var relevante å ta med i vår oppgave. Alle artiklene vi valgte var på

engelsk språk, så dette kan ha ført til at vi har feiltolket enkelte ord eller uttrykk. Vi føler likevel at vi har gjort vårt beste på dette området for å kvalitetssikre arbeidet, da vi har søkt opp betydningen av ord og uttrykk vi har vært usikre på.

5.2 Resultatdiskusjon

Her vil vi drøfte funnene fra resultatet opp mot problemstillingen vår “Hvordan kan sykepleier forebygge depresjon hos pasienter i sykehjem” ved å knytte relevant teori opp i mot forskningsfunnene som har kommet frem i litteraturstudien vi har gjort.

5.2.1 Kartleggingsverktøy for oppdaging av depresjon

Forebyggende helsearbeid handler om å forebygge sykdom og fremme helsen (Mæland, 2010). For å kunne forebygge sykdom er det viktig å oppdage tegn på et tidlig tidspunkt, slik at man fortrest mulig kan sette inn et hjelpetilbud for å forebygge depresjon eller andre psykiske lidelser (Mæland, 2010). For å oppdage depresjon finnes det flere ulike hjelpemidler eller kartleggingsverktøy. Som nevnt over i resultatet kan man se at det å bruke en geriatrik depresjonsskala (GDS) for å oppdage eventuell depresjon, kan være et godt kartleggingsverktøy. I studien gjort av Smalbrugge, Jongenelis, Pot m.fl (2008) kommer det frem at det er ingen signifikant forskjell i å bruke kort- eller lang versjon av denne skalaen, med tanke på det å oppdage depresjon. En må spørre seg hvorfor det er viktig for sykepleieren å oppdage depresjon i en tidlig fase.

I følge Hummelvoll (2012) kan selvmordsraten reduseres betraktelig hvis alt helsepersonell trenes opp til å oppdage tidlige tegn på depresjon og hvis adekvat behandling blir gitt. Slik vi ser det her vil det kunne være optimalt å ta en måling, ved å bruke GDS, av alle pasienter i sykehjem. Dette kan være med på å øke forebyggingen av depresjon i sykehjem slik man på et tidlig stadie får satt i gang behandlingstiltak. Kanskje bør det gjøres en jevnlig screening av pasienter i sykehjem hver tredje måned? Som tidligere nevnt er det ingen signifikant forskjell på hvilken versjon av GDS som blir brukt (Smalbrugge, Jongenelis, Pot m.fl (2008), ut i fra dette ser vi at det kan være hensiktsmessig å bruke GDS-30 ved første kartlegging, for så å bruke GDS-15 eller GDS-8 ved kontrollmåling hver tredje måned. Slik vil sykepleier kunne oppdage symptomer på depresjon tidlig og eventuelle endringer i sinnstilstanden hos pasientene. Slik vi ser det vil

det også kunne oppdages om symptomene på depresjon har forverret seg fra mild til moderat eller forbedret seg fra alvorlig til moderat.

Geriatrisk depresjonsskala er et selvutfyllingsskjema som pasienten selv besvarer, og i følge Kirkevold (2014) er det anbefalt å gjennomføre dette som et intervju. Slik vi ser det kan det være hensiktsmessig at alle sykehjem har en psykiatrisk sykepleier, da disse er spesialisert innenfor psykisk helsearbeid. De vil da, sammen med autoriserte sykepleiere, kunne være med på å sette inn tiltak som kan redusere sannsynligheten for eventuelle sykdomsutbrudd i sykehjem. Vår erfaring fra praksis i sykehjem er at det er lite fokus på det å forebygge depresjon og at det ikke blir brukt noen kartleggingsverktøy for å kunne oppdage depresjon hos pasientene. Dette er noe som burde bli en endring på, da vi ut i fra studiene vi har valgt å bruke ser hvor vanlig det er med depresjon hos pasienter i sykehjem.

Hvorfor er det slik at det ikke er fokus på å oppdage eller forebygge depresjon hos pasienter på sykehjem? Er det på grunn av for dårlig kunnskap om tema hos sykepleierne som jobber der? Er det på grunn av for dårlig tid? Hvis det er for dårlig kunnskap som er grunnen til at det ikke er fokus på depresjon, burde alle sykehjem gjøre en endring slik at helsepersonellet som arbeider der får mer kunnskap til å kunne oppdage og gjøre målinger av pasientene med GDS som kartleggingsverktøy. Er det for dårlig tid som er årsaken, burde det enten være flere helsepersonell på jobb av gangen eller det burde være en sykepleier eller eventuelt psykiatrisk sykepleier som er på jobb som har som oppgave å gjøre målinger av pasientene og sette i gang eventuelle behandlingstiltak. Her kan det være ting vi ikke vet og som vi ikke har klart å finne et tydelig svar på.

5.2.2 Aktivitet- og musikkterapi

Felles for fem av artiklene som er nevnt under kapittelet “Aktivitet- og musikkterapi” i resultatdelen viser til at det er en sammenheng mellom depresjonssymptomer, aktivitet, musikkterapi og kognitiv atferdsterapi, og at ulike former for gruppeaktiviteter eller gruppeterapi hadde en positiv effekt på depresjonssymptomer. Studien til Drageset, Eide og Ranhoff (2011) belyste også at de som trengte hjelp til ADL, hadde større sjanse for å utvikle depresjon. I motsetning til dette fremgår det i studien fra Choi, Ransom og Wyllie (2008) at det var mer hverdagslige ting, som at de ikke lenger kunne lage mat, vaske hus

eller delta i sosiale sammenkomster, som gjorde at pasientene fikk depressive symptomer. Slik det kommer frem i studien til Konnert, Dobson og Stelmach (2009) har kognitiv atferdsterapi gunstig effekt på pasienter i sykehjem. For pasienter som bærer på mye følelser vil det være nyttig med kognitiv atferdsterapi på grunn av at de da får snakket ut om det de bærer på og det vil kunne hindre fremtidige følelsesutbrudd.

Hvorfor har forskerne i de ulike studiene kommet frem til forskjellig resultat her? Er det fordi at ikke alle deltakerne i studiene føler det likt eller er det på grunn av at deltakerne i studien til Choi, Ransom og Wyllie (2008) ikke vil innrømme at det å trenge hjelp er en faktor som påvirker depressive symptomer? Alle pasienter som bor på sykehjem er der av en grunn, det være seg somatiske- eller kognitive plager. Selv om mange føler det er et nederlag i livet å måtte flytte fra hjemmene sine på grunn av tap av ADL, skal ikke det være en naturlig faktor til å få depresjon. Da det å trenge hjelp på et stadium i livet er helt normalt for alle. Hvis det er mulig for at pasientene klarer å utføre ADL selv med tilrettelegging, så må sykepleier legge opp til dette og ikke utføre det for dem. Det kommer frem i Folkehelseloven (2011) at kommunene har et ansvar overfor å fremme befolkningens helse og bidra til å forebygge både somatisk og psykisk sykdom, skade eller lidelse. Og på grunn av dette har sykepleierne som arbeider på sykehjem et ansvar overfor pasientene når det kommer til for eksempel tap av ADL som de enten trenger hjelp- eller tilrettelegging til. Sykepleier må observere og vurdere pasienten i forhold til det som er problemområdet.

Gjennom hele sykepleiestudiet har vi lært at pasientene, som trenger assistanse til ADL, skal gjøre mest mulig selv for å bevare de fysiske funksjonene sine. Det at pasientene får gjøre mest mulig selv, vil være med på å bevare autonomien deres (Drageset, Eide og Ranhoff, 2011). Kan det å ta fra pasientene for eksempel gleden ved å stelle seg selv til morgenen, eller det å brette håndklær være med på å gjøre dem depressive? I Folkehelseloven (2011) står det at kommunen har et ansvar for å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. Befolkningen her forstås som pasienter på sykehjemmet. Så hvis sykepleierne i sykehjem ikke er bevisst på at pasientene får gjøre mest mulig selv, forstås vi det som at de vil da kunne ha negativ innvirkning på helsen til pasientene.

Depresjon er ikke en entydig lidelse. Det å være deprimert kan ha en glidende overgang mellom tristhet, depressive symptomer og en alvorlig depresjon som trenger behandling. Det å skulle gjennomføre en aktivitet i en slik tilstand vil føles tungt og uoverkommelig (Fjørtoft, 2012). Dette kan føre til at de blir passive, og livskvaliteten og livsutfoldelsen deres blir svekket og begrenset (Kvaal, 2014). Ut ifra dette kan man se at depressive symptomer går ut over livskvaliteten. Som det kommer frem i studiene nevnt i samme kapittel i resultatdelen, ser vi at det å delta i gruppeterapi, aktiviteter eller musikkterapi, har en positiv virkning på depressive symptomer. Derfor er det viktig at sykepleier motiverer og oppfordrer pasientene til å delta i det som interesserer pasienten. Dersom pasienten er glad i musikk, vil musikkterapi være et godt alternativ.

Slik det kommer frem i studien til Myskja og Nord (2008) har høy deltakelse i musikkterapi vist seg å være knyttet til stor reduksjon i depresjon hos pasientene. Hvis vi knytter dette opp mot den andre komponenten i OAS, som er håndterbarhet, som omhandler i hvilken grad man opplever at man har tilstrekkelig med ressurser til rådighet for å takle kravene man blir stilt overfor, kan man se at musikkterapi kan være en ressurs som er behjelpelig for å komme gjennom en eventuell sorgprosess eller andre emosjonelle vansker en pasient blir stilt krav til. Hvis en pasient eksempelvis blir stilt krav til i forhold til at han eller hun må delta i en form for aktivitet, i dette tilfellet musikkterapi, er det viktig at det er nok ressurser, i form av sykepleiere, som kan hjelpe og bidra til at nettopp denne pasienten håndterer denne oppgaven. Det er derfor viktig at det er nok sykepleiere til stede på slike sosiale tilstelninger, altså for at pasientene skal kunne kjenne seg trygge på å delta.

Hvis de har lettere for å snakke om sykdommen er gruppeterapi eller kognitiv atferdsterapi et bedre tiltak for nettopp denne gruppen pasienter. Dette er noe som må kartlegges og vurderes av sykepleier. Som det kommer frem i artikkelen til Meeks, Young og Looney (2007) er det ikke nødvendigvis de generelle aktivitetsprogrammene som gir best effekt. Ofte er de generelle aktivitetene bingo, ludo, sang og høytlesing, men siden det ikke er nyttig for alle bør aktivitetene tilpasses de ulike pasientgruppene som er med. Det vil være et større behov for sykepleiere her, fordi dette vil være et tidkrevende arbeid for kun en sykepleier.

I teorien om mestring “opplevelse av sammenheng” (Sense of coherence) av Antonovsky (2013) handler den første komponenten, begripelighet, om hvordan man opplever stimuli som man utsettes for i det indre- og ytre miljø. Hvis vi for eksempel ser på aktiviteter innendørs, dette kan være bingo eller andre aktiviteter tilpasset til pasientene. Her vil pasientene utsettes for stimuli og hvis de tror de vil klare seg fint i disse nye aktivitetene, vil de skåre høyt på begripelighet. Det betyr imidlertid ikke at de som skårer høyt på begripelighet alltid tror at de kommer til å klare seg fint (Antonovsky, 2013). Hvis vi setter dette i sammenheng med pasienter som har symptomer på depresjon, vil de trolig ikke skåre høyt på begripelighet da de enten kan ha interesse- eller gledesløshet, lite energi, pessimisme og konsentrasjonsvansker (Aarre, Bugge og Juklestad, 2010). Slik vi ser det kan det da være vanskelig for sykepleier å motivere pasienten til å delta i slike typer aktiviteter. Men samtidig ser vi det som en viktighet at sykepleier forsøker å motivere pasienten på en best mulig måte, slik at pasienten kan se de positive sidene ved å delta i sosiale tilstelninger.

5.2.3 Bevare pasientens autonomi

For å fremme psykisk helse vil de konkrete forebyggingsstrategiene relateres til tre kritiske områder. Det er opplevelse av meningssammenheng, arbeid og sysselsetting og det sosiale nettverk (Hummelvoll, 2012). I følge Hummelvoll (2012) betyr sosialt nettverk nærmiljø av både formell og uformell art som individet beveger seg innenfor, og som kan gi følelsesmessig støtte og verdsetting, informasjon og hjelp til å orientere seg i omverdenen og også til å mestre problemer, vennskap, felles interesser og verdier og materiell støtte ved behov. Slik det kommer frem i studien av Drageset, Eide og Ranhoff (2011), ser vi at manglende sosial kontakt kan føre til depressive symptomer.

Som nevnt i avsnittet over kan opplevelse av meningssammenheng relateres til forebyggingsstrategi for å fremme psykisk helse (Hummelvoll, 2012). Den tredje komponenten i OAS handler om i hvilken grad man føler at livet er forståelig rent følelsesmessig og at de tar utfordringer på strak arm, og ikke ser på utfordringer som en belastning man helst ville vært foruten (Antonovsky, 2013). Når pasienten er i en depressiv fase og isolerer seg sosialt, er det viktig at sykepleieren her motiverer pasienten til å ta del i sosiale aktiviteter slik at pasienten kan oppleve at han eller hun tar del i et samfunn og

som igjen gjør at pasienten opplever meningssammenheng. Hva er det som gjør at pasienten ikke føler at han eller hun tar del i et samfunn når de kommer på sykehjem?

Slik vi har erfart gjennom praksis på sykehjem er det mange pasienter som ikke har særlig kontakt med omverdenen, både fordi de ikke kommer seg ut av institusjonen og fordi de ikke har særlig besøk av verken familie eller venner. Når pasientene har bodd hjemme og er vant til å kunne dra på besøk til naboen eller familien og plutselig ikke kan dette lengre, ser vi at det er lett de faller tilbake og delvis isolerer seg. Når sykepleier observerer at pasienter begynner å trekke seg mer og mer tilbake fra fellesskapet, er det viktig at sykepleier har søkelyset på de grunnleggende behovene og samarbeider med pasienten for å bryte isolasjonen (Fjørtoft, 2012). Som vi ser i studien gjort av Haugan, Innstrand og Moksnes (2013) er en god relasjon mellom sykepleier og pasient, som gjør at pasienten føler seg unik og blir tatt seriøst, med på å gi en følelse av verdighet og dermed forebygge og redusere depresjon. Dette vil igjen være med på å hjelpe pasienter til å unngå sosial isolasjon, da de føler seg sett og som en del av et felleskap. Hvordan kan sykepleier gå frem for at pasientene ikke skal isolere seg?

Sykepleier i sykehjem bør kunne kommunisere godt med pasientene på sykehjemmet. Det å kommunisere betyr å gjøre noe felles og delaktiggjøre en annen (Eide og Eide, 2011). Det at sykepleier har en god relasjon og en god kommunikasjon med den enkelte pasient, vil kunne motvirke at pasientene isolerer seg. Dette gjennom at den enkelte pasient kan da føle en tilknytning til sykepleierne og kjenne seg trygge på sykehjemmet. I studien til Drageset, Eide og Ranhoff (2013) belyser de nettopp dette, viktigheten av det å ha et nettverk med personer som har felles interesser, for å redusere depressive symptomer og sosial isolasjon. Holdningen empowerment handler om å ta hensyn til pasientens beste og autonomien til pasienten (Eide og Eide, 2011). For at pasientene på sykehjem skal få en meningsfull tilværelse er det hensiktsmessig at brukermedvirkning er en del av hverdagen deres. Sykepleier vil da være med på å fremme enkeltpersonen slik at pasientene kan kjenne på følelsen av å bli sett på som det individet de er.

Slik vi forstår det her er altså det å ha en god kommunikasjon med pasientene med på å motvirke sosial isolasjon hos pasienter i sykehjem, som igjen er med på å redusere depressive symptom. Som nevnt over vil det å ha et nettverk med personer som har felles

interesser redusere depressive symptom og sosial isolasjon. Hva kan sykepleier gjøre for at pasienten skal kunne opprettholde et nettverk med personer som deler samme interesse?

Kognitivt intakte pasienter responderer sterkere til tapet på autonomi og frihet på grunn av ufleksible rutiner på sykehjem (Drageset, Eide og Ranhoff, 2011). Hva kan sykepleierne gjøre for at pasientene ikke skal føle de taper sin autonomi? For de som er kognitivt intakte, hvis de ellers er såpass fysisk oppegående at de klarer å gå selv eller ved hjelp av rullator, kan det være et alternativ at de får lov til å dra på bytur eller kafé hvis de avtaler et tidspunkt de kommer tilbake? De vil da føle seg mer fri og sjansen for å ikke isolere seg blir mindre. Kan det være et alternativ å ha frivillige personer som kan være med som et følge sammen med dem på reisen, og som venter på dem i byen før de reiser tilbake sammen igjen til sykehjemmet?

Kanskje er det flere pasienter som ønsker det samme, og som da kan reise sammen med buss eller taxi. Det finnes mange alternativ til hvordan sykepleier kan bevare autonomien til pasienter på sykehjemmene, det gjelder bare å vurdere hvor mye de er oppegående til å gjøre selv og hvor mye de trenger hjelp til, for deretter å igangsette tiltak. Om man setter seg selv i samme situasjon som pasientene på sykehjem, ser vi at det er fort å føle tapet til autonomi når det er ufleksible rutiner og regler på sykehjemmet. Hjemme i sitt eget hus har man bestemt selv når du vil på bytur eller kafé, mens når du bor på sykehjem får du plutselig ikke mulighet til dette lenger. Det sier da seg selv at det er enkelt å utvikle depresjon og sosialt isolere seg. Hvordan bli møtt og sett som pasient, vil være en medvirkende faktor på hvordan de opplever at verdigheten deres blir ivaretatt.

6.0 Konklusjon

Svaret vi har kommet fram til ut ifra resultatene i denne litteraturstudien viser at det er mange i sykehjem som er diagnostisert eller under behandling for depresjon. Noen av pasientene er deprimert på grunn av at de trenger hjelp av sykepleier til ADL, noen på grunn av at det er for ufleksible rutiner på sykehjem og noen fordi de ikke lenger får gjort hverdagslige ting som å vaske hus, handle, lage mat og det å delta i sosiale sammenkomster.

I denne systematiske litteraturstudien kommer det frem at det er en positiv sammenheng mellom aktiviteter, ulike typer terapi og depressive symptomer. Det å delta i en aktivitet, for eksempel musikkterapi viste seg å ha positiv effekt på depresjon hos pasientene, og det at det er et aktivitetstilbud tilgjengelig er med på å bevare pasientens autonomi. Det å tilrettelegge aktiviteter for de ulike pasientgruppene viste seg også å være positivt, da de generelle aktivitetene som ofte er på sykehjem viste seg å ikke alltid ha god effekt på forebygging av depresjon. Det at pasientene og sykepleierne har et godt forhold seg imellom, slik at pasientene føler seg sett, respektert og ivaretatt hadde også mye å si for pasientene. Mange av pasientene føler tap av sin autonomi når de kommer på sykehjem, og vi ser derfor at det er viktig med god relasjon mellom sykepleier og pasient. Dette har også vist seg i funnene fra forskningsartiklene vi har tatt med i denne studien.

Flere av studiene viser at det finnes flere ulike målingsverktøy for å oppdage depresjon, og at GDS (geriatrisk depresjonsskala) er et svært godt alternativ. Det finnes 3 ulike versjoner av denne, 30-, 15- og 8-spørsmål, og det viser seg at det ikke er noen særlig forskjell på hvordan versjon en velger å bruke. GDS er i utgangspunktet et selvutfyllingsskjema, men det kommer frem i studiene at det også kan bli brukt som en intervju metode.

Ut i fra dette vil vi konkludere med at det burde være mer fokus på det å forebygge depresjon til pasienter i sykehjem. Dette fordi at andelen av eldre, som nevnt i innledningen, vil øke betraktelig de neste årene. Slik vi ser det vil det bli et større behov for sykepleiere, men også større behov for økt kompetanse innenfor dette temaet. Vi ser også at dette vil ha en økonomisk konsekvens for samfunnet, da det vil bli et økt behov for mer ressurser i sykehjem. For å hindre en stor økonomisk konsekvens vil det å endre

tankegangen og hvordan en prioriterer ha mye å si. Små tiltak og endring i ressursene vil kunne forhindre en økning og dermed unngå en stor økonomisk konsekvens.

Det vi ønsker å få vite mer om, er om pasientene i sykehjem som lider av depresjon, har hatt denne lidelsen fra før de ble innlagt, altså når de bodde hjemme, eller om det er noe som har utviklet seg i tiden etter de ble innlagt på sykehjem når de ble utsatt for miljøforandringer og rutineendringer. Det oppleves at det er relativt lite kvalitativ forskning rundt dette temaet, og det er ønskelig, som tidligere nevnt, å ha mer fokus rundt temaet; forebygging av depresjon hos pasienter i sykehjem. Depresjon i sykehjem kan være en vanskelig lidelse å oppdage da det oppleves at det er større fokus på den fysiske funksjonsendringen.

Litteraturliste

Aarre, T.F., Bugge, P. og Juklestad, S.I. (2010) *Psykiatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget

Antonovsky, A. (2013) *Helsens mysterium*. Oslo: Gyldendal akademisk

Choi, N.G., Ransom, S. og Wyllie, R.J. (2008) "Depression in older nursing home residents: The influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy". *Aging & Mental Health*, 12(5), 536-547.

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk

Drageset, J., Eide, G.E. og Ranhoff, A.H. (2011) "Depression is associated with poor functioning in activities of daily living among nursing home residents without cognitive impairment". *Journal of Clinical Nursing*, 20(21/22), 3111-3118.

Drageset, J., Eide, G.E. og Ranhoff, A.H. (2013) "Anxiety and depression among nursing home residents without cognitive impairment". *Scandinavian Journal of Caring Science*, 27(4), 872-881.

Eide, H. og Eide, T. (2011) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk

Evans, D. (2002) *Systematic Reviews of Interpretive Research: Interpretive Data Synthesis of Processed Data*. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.24.pdf> [Hentet: 19. april 2017]

Folkehelseloven (2011) Lov om folkehelsearbeid [Internett] Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29> [Hentet: 22.03.17]

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur

Fjørtoft, A.K. (2012) *Hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.

Forskning (2009) *Befolkning: Et aldrende samfunn* [Internett]. Tilgjengelig fra:
<http://forskning.no/statistikk-demografi/2008/06/befolkning-et-aldrende-samfunn>.
[Hentet: 10.05.17]

Haugan, G., Innstrand, S.T. og Moksnes, U.K. (2013) “The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients”. *Journal of Clinical Nursing*, 22(-), 2192-2205.

Hauge, S. (2014) Sykepleie i sykehjem. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (Red.) *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 265-280

Hummelvoll, J.K. (2012) *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal akademisk

Karlsen, R.K. (2017) Forebyggende tiltak lønner seg! *Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.napha.no/content/21080/Forebyggende-tiltak-lonner-seg>. [Hentet: 02.05.17]

Kirkevold, M. (2012) *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kirkevold, M. (2014) Kartlegging. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (Red.) *Geriatrisk sykepleie*. S. 122-143. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Konnert, C., Dobson, K. og Stelmach, L. (2009) “The prevention of depression in nursing home residents: A randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy”. *Aging & Mental Health*, 13(2), 288-299.

Kvaal, K. (2014) Angst og depresjon. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (Red.) *Geriatrisk sykepleie*. S. 438-449. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Meeks, S., Young, C.M. og Looney, S.W. (2007) “Activity participation and affect among nursing home residents: Support for a behavioural model of depression”. *Aging &*

Mental Health, 11(6), 751-760.

Moksnes, K.M. (2007) "Depresjon hos eldre", *Demens og alderspsykiatri*, 11(2), 11-15
Tilgjengelig fra: <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=2311>. [Hentet: 10.05.17]

Myskja, A. og Nord, P.G. (2008) "The Day the Music Died". *Nordic Journal of Music Therapy*, 17(1), 30-40.

Mæland, J.G (2010) *Forebyggende helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk Helseinformatikk (2015) *Innleggelse i sykehjem* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/innleggelse-i-sykehjem/>. [Hentet: 10.05.17].

Norsk senter for forskningsdata (2017) *Publiseringskanaler* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>. [Hentet: 19. april 2017].

Norsk sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [Internett].
Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>. [Hentet: 10.05.17].

Smalbrugge, M., Jongenelis, L., Pot, A.M., Beekman, A.T.F. og Eefsting, J.A. (2008)
"Screening for depression and assessing change in severity of depression. Is the Geriatric Depression Scale (30-, 15- and 8-item versions) useful for both purposes in nursing home patients?". *Aging & Mental Health*, 12(2), 244-248.

Vedlegg 1

Søkeord	Dato	Database	Antal l treff	Leste abstrakte r	Leste artikle r	Inkludert e artikler
Depressio n and prevention and nursing home and Norway. Full text, abstract available, peer reviewed, research article, PDF fulltext	19.04.1 7	CINAHL	646	12	2	1

Vedlegg 2

Søkeord	Dato	Database	Antal l treff	Leste abstrakte r	Leste artikle r	Inkludert e artikler
Depression and prevention and nursing home,nursin g intervention	19.04.1 7	CINAHL	20 671			
Full text, abstract available, peer reviewed, research article, PDF fulltext			38	17	7	7

Vedlegg 3

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Meeks, S., Young, C.M. og Looney, S.W.</p> <p>2007</p> <p>«Activity participation and affect among nursing home residents: Support for a behavioural model of depression»</p> <p><i>Aging & Mental Health</i></p> <p>Vol.nr: 11</p> <p>Utg.nr: 6</p> <p>Sidetall: 751-760</p>	<p>Hensikten med denne studien var å utforske sammenhengen mellom aktivitet og positiv påvirkning hos en gruppe beboere på sykehjem. Det ble brukt en kombinasjon av observasjon og selv-rapportert data om aktivitet og positiv påvirkning.</p>	<p>Depression Prevention Nursing home</p>	<p>Kvantitativ studie. Det var 28 frivillige deltakere fra et stort sykehjem som deltok. Sykepleierne indentifiserte potensielle deltakere blant alle som var i stand til å gi samtykke. Det ble brukt både MMSE-(Mini Mental State Exam) og GDS-score (Geriatric Depression Scale), først i studien og etter fire uker. Alle deltakere hadde en MMSE-score på 16 eller høyere, da den måtte være tilstrekkelig høy for at de skulle forstå prosedyrer og spørreskjemaer. Data ble samlet inn over 4 uker.</p>	<p>Resultatene i denne studien støtter sammenhengen mellom aktivitet og positiv påvirkning som danner grunnlaget for hyggelige intervensjoner i sykehjem. Det var forbedring i symptomer på depresjon linket til deltakelse i aktiviteter. Total aktivitet var relatert til interesse og glede for flertallet. Beboerne var i ulik grad positivt påvirket av forskjellige aktiviteter. Generelle treningsprogram som ofte finnes i sykehjem, er i nødvendigvis effektiv for å engasjere flertallet av beboerne i</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for vår oppgave da vi diskuterer om det er sammenheng mellom det å delta i aktiviteter i forhold til depressive symptomer. Altså om aktiviteter vil ha en positiv påvirkning hos beboere med depressive symptomer.</p>

				aktiviteter for å bedre livskvaliteten. I stedet kan det være nødvendig med skreddersydde program for beboerne, spesielt for de med depressive symptomer.	
--	--	--	--	---	--

Vedlegg 4

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/fun n	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Drageset, J, Eide, G.E. og Ranhoff, A.H.</p> <p>2013</p> <p>«Anxiety and depression among nursing home residents without cognitive impairment»</p> <p><i>Scandinavian journal of caring sciences</i></p> <p>Vol.nr: 27</p> <p>Utg.nr: 4</p> <p>Sidetall: 872-881</p>	<p>Studiens hensikt/mål var å undersøke utbredelsen av diagnosen og symptomene på depresjon og angst og de to i kombinasjon. Bruk av antidepressiva og angstdempende medikament hos sykehjemmenes beboere uten kognitiv svekkelse. Hvordan tilknytning, trygghet og verdighet er forbundet med angst og depresjonssymptomer.</p>	<p>Older Nursing home Social support Depresjon Anxiety</p>	<p>Denne studien er en kvantitativ tverrsnittsobservasjonsstudie. Data til denne studien ble samlet mellom januar 2004 og mai 2005 på 30 forskjellige sykehjem i Bergen. Deltakerne var beboere mellom 65-102 år, og totalt 227 deltakere. Data om angst- og depresjonssymptomer ble funnet gjennom strukturerte ansikt-til-ansikt-intervjuer. Intervjuene ble gjort på respondentens rom eller et annet passende sted på sykehjemmet. Hovedforskeren leste spørsmålene til deltakerne og sirkulerte det angitte svaret (mange av deltakerne hadde problemer med å holde en penn</p>	<p>Resultatet av denne studien viser at dobbelt så mange hadde symptomer på depresjon, angst eller begge deler, som de respektive diagnosene på deres medisinske poster. Likevel ble flere behandlet med antidepressiva og angstdempende medikamenter, enn de som hadde den gitte diagnosen.</p>	<p>Denne er relevant for oppgaven da den belyser at det å ha et nettverk med personer som har felles interesser er viktig for å redusere depressive symptom og sosial isolasjon hos eldre pasienter i sykehjem. Vi vil bruke denne studien for å diskutere hvordan man kan opprettholde et sosialt nettverk samtidig som man bor på sykehjem.</p>

			eller hadde svekket syn). Hver deltaker mottok en stor versjon av spørreskjemaet slik at de kunne følge spørsmålene.		
--	--	--	--	--	--

Vedlegg 5

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Choi, N.G., Ransom, S. og Wyllie, R.J. 2008</p> <p>«Depression in older nursing home residents: The influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy»</p> <p><i>Aging and mental health</i></p> <p>Vol.nr: 12</p> <p>Utg. nr: 5</p> <p>Sidetall: 536-547</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke sykehjemsboende pasienters egen forståelse og oppfatning av depressive symptomer og årsaker til depresjon- eller depresjonsrisikofaktorer som omfatter institusjonelle miljømessige og personlige psykososiale faktorer. Å undersøke deres håndtering av depresjon eller depressive stemninger, deres aksept av depresjonstiltak, som inkluderer egne aktiviteter og programmer hvor de har deltatt, samt gruppe- og individuell psykoterapi.</p>	<p>Nursing home Residents Depression Loneliness Autonomy</p>	<p>Kvalitativ studie fordi i studien er det personlige meninger ut i fra intervjuer som er gjort. For å gjennomføre denne studien ble det gjort semistrukturerte intervjuer som inneholdt GDS-15(Geriatric Depression Scale). 65 kognitivt friske sykehjemsboere fordelt på 5 sykehjem deltok i studien. Tre sykehjem fra en storby, to fra to landlige byer.</p>	<p>55,4% av de intervjuede hadde i følge deres siste MDS-vurdering symptomer på depresjon, 46,1% av de som hadde depresjon fikk medisiner for dette 7 dager i uken. GDS-tallene fra intervjuene viste at 33,8% hadde symptomer og en av de hadde et alvorlig nivå av symptomer. 18,5% av de som ble testet hadde både MDS-depresjonsdiagnosen og en GDS-score på 5 eller høyere. 36,9% hadde MDS-depresjon men var uten symptomer på GDS. 15,4% hadde ikke MDS-depresjon, men scorete 5 eller</p>	<p>Denne artikkelen vil vi bruke til å diskutere motsetningene med en annen studie hvor den ene belyser at depressive symptomer har sammenheng med det å trenge hjelp til ADL, mens denne studien belyser sammenhengen mellom depressive symptom og det å ikke lenger kunne gjøre hverdagslige gjøremål.</p>

				høyere på GDS. 29,2% hadde ikke symptomer på depresjon på MDS-testen eller GDS-testen.	
--	--	--	--	--	--

Vedlegg 6

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Drageset, J, Eide, G.E. og Ranhoff, A.H. 2011</p> <p>«Depression is associated with poor functioning in activities of daily living among nursing home residents without cognitive impairment»</p> <p><i>Journal of clinical nursing</i></p> <p>Vol.nr: 20</p> <p>Utg.nr: 21/22</p> <p>Sidetall: 3111-3118</p>	<p>Målet/hensikten med denne studien var å undersøke depressive symptomer blant sykehjemmets beboere uten kognitiv svekkelse, og forholdet mellom depressive symptomer og avhengighet av dagliglivsaktivitet, komorbiditet og sosiodemografiske variabler.</p>	<p>Activity of daily living Depression symptoms GDS-15 Nursing home Older people</p>	<p>Studien som er gjort er en kvantitativ tverrsnittsstudie. Studien omfattet eldre beboere mellom 65-102år, fra 30 sykehjem, hvor pasientene hadde minst 6 måneders opphold. Alle beboerne på sykehjemmet hadde en klinisk demensvurderingsskala < 0-5 og var i stand til å snakke. Poeng av den geriatriske depresjonsskalaen og demografiske variabler ble samlet i ansikt-til-ansiktintervjuer. Dagliglivets aktiviteter ble vurdert ved hjelp av Katz-indeksen basert på sykepleiers observasjon, og de medisinske diagnosene ble hentet fra pasientregistrene. Pearson's chi-square test og ordinær logistisk regresjon ble</p>	<p>De vanligste diagnosene hos beboerne var cerebrovaskulær sykdom hos 67, depresjon hos 40, hjertesykdommer hos 38 og diabetes hos 38. Cronbachs alfa for GDS var 0-80. 95 av beboerne(42 %) hadde GDS-score på 5-9 og 12% scoret over 10. Til sammen var 198 av beboerne(87 %) avhengig av en eller flere ADL-funksjoner (aktivitet i dagliglivet) og 42% var avhengige av 5 av funksjonene.</p>	<p>Denne studien vil være relevant for vår oppgave på grunn av at vi ut fra resultatet på denne studien ser at dagliglivsaktiviteter har innvirkning på depresjon. Og at det kan være med på å forebygge depresjon hos de eldre, i stedet for at de bare blir sittende og ikke gjøre noe.</p>

			brukt til identifisere mulige sammenhenger mellom dagliglivets aktiviteter og depresjon.		
--	--	--	---	--	--

Vedlegg 7

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans : Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Smalbrugg e, M., Jongenelis, L., Pot, A.M., Beekman, A.T.F. og Eefsting, J.A.</p> <p>2008</p> <p>Screening for depression and assessing change in severity of depression. Is the Geriatric Depression Scale (20-, 15- and 8-item versions) useful for both in nursing home patients?</p> <p><i>Aging & Mental Health</i></p> <p>Vol nr: 12</p>	<p>Hensikten med denne studien var å se hvilken evne 30, 15 og 8-versjonen av GDS (Geriatric depression scale) har for screening og vurdering av endring i alvorlighetsgraden av depresjon hos sykehjemspasienter.</p>	<p>Depressio n, severity, screening, course, GDS, MADRS</p>	<p>Kvantitati v studie. I denne studien var det med 14 sykehjem i nordvest i Nederland. Sykehjem for spesifikke diagnoser ble ekskludert fra denne studien. Alle målingene ble gjort i ansikt-til-ansikt intervju, som varte fra 1-3 timer. I studien var det med 350 deltakere. Det ble brukt MADRS og GDS under</p>	<p>Rundt to tredjedeler av deltakerne i studien var damer; og gjennomsnittsalderen var 79,3 år. Alle pasientene/deltakerne hadde moderate til alvorlige funksjonsnedsettels er. Av alle deltakerne hadde 8,1% alvorlig depressive lidelser og 14,1% hadde mild depressive lidelser.</p> <p>Ut i fra sammenligningen av GDS (geriatric depression scale), var det ingen signifikant forskjell på resultatet, om de brukte 30-, 15- eller 8-intervju versjonen.</p>	<p>Vi vil bruke denne studien for å finne ut om det er noen forskjell på om man kartlegger pasienter med GDS-30 versjonen eller GDS-15- eller 8-versjonen. Og hvilke rutiner man kan få på en sykehjem ved å ta disse i bruk.</p>

<p>Utg. nr: 2</p> <p>Sidetall: 244-248</p>			<p>intervjuene til alle pasientene. Basert på SCAN resultatene, ble studienes funn delt inn i tre grupper: ingen depresjon, mild depresjon og alvorlig depresjon.</p>		
--	--	--	---	--	--

Vedlegg 8

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Myaskja, A. og Nord, P.G. 2008 «The day the music died» <i>Nordic Journal of Music Therapy</i> Vol.nr: 17 Utg.nr: 1 Sidetall: 30-40</p>	<p>Målet/hensikten med denne studien var å undersøke mulige endringer i symptomer på depresjon blant beboerne på sykehjemmet forbundet med fravær av musikkøker. De to forskjellige forholdene kalles «ingen musikk» og «musikk»forhold. Det var ingen tilsynelatende endringer i andre kilder til musikk eller annen stimulering for å ta hensyn til «No music» og «music» forholdene.</p>	<p>Elderly Nursing home Music therapy Singing Depression Geriatrics</p>	<p>Kvantitativ studie. Studien ble utformet som en pre/post-måling av depresjonsnivå hos de deltagende beboerne ved sykehjemmet. Måling av depresjonsnivåer i «No music» ble utført i løpet av den siste uken av et 11-ukers langt program. Etter 6 uker ble måling av depresjonsnivåer hos de deltagende beboerne målt som musikkbetingelsesparameter. To ganger i uka hadde de musikkterapi på 45minutters varighet.</p>	<p>Resultatet viser at musikkterapi reduserer depresjon hos de eldre, i forhold til «No music» therapy. Personalet på sykehjemmet var stabile, altså det var ikke mange nye personer å forholde seg til, og det var heller ingen særlige endringer i medisinene til pasientene mens studien pågikk.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave ved at den viser at musikkterapi kan være hjelpende på depresjon hos eldre.</p>

Vedlegg 9

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Haugan, G., Innstrand, S.T. og Moksnes, U.K. 2013</p> <p>The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients.</p> <p><i>Journal of clinical nursing</i></p> <p>Vol.nr: 22</p> <p>Sidetall: 2192-2205</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke forholdet mellom sykepleier-pasientinteraksjonen, angst og depresjon blant kognitivt intakte pasienter i sykehjem ved hjelp av SEM (structural equation model). Forskningsspørsmålet her var om sykepleier-pasientinteraksjonen påvirker angst og depresjon hos kognitivt intakte pasienter på sykehjem.</p>	<p>Anxiety, depression, nurse-patient interaction, nursing home, structural equation model analysis.</p>	<p>Kvantitativ tverrsnittsstudie som er gjort i Norge. Data ble samlet inn i 2008 og 2009 på 44 forskjellige sykehjem. Et utvalg på 202 kognitivt intakte sykehjems pasienter svarte på sykepleier-pasientinteraksjons skalaen og sykehus angst og depresjonsskalaen.</p> <p>Siden denne befolkningen kan ha problemer med å fylle ut et spørreskjema alene, gjennomførte tre trettetre forskere en-til-en intervjuer på pasientens rom på sykehjemmet.</p>	<p>I studien kom de frem til at forholdet mellom sykepleier-pasientinteraksjonen var fullt støttet; god sykepleier-pasientinteraksjon var negativt forbundet med depresjon; jo bedre forhold mellom sykepleier-pasient, jo mindre depresjon. Det ble funnet en signifikant relasjon mellom depresjon og angst. Disse funnene stemmer overens med tidligere forskning som viser betydelig nedgang i depresjon for sykehjems pasienter som mottar egenverdig terapi og positiv oppmerksomhet fra ansatte i sykehjem.</p>	<p>Vi vil bruke denne studien til å diskutere om forholdet mellom pasient og sykepleier har sammenheng med depressive symptomer og sosial isolasjon hos pasienter i sykehjem.</p>

Vedlegg 10

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Konnert, C., Dobson, K. og Stelmach, L. 2009</p> <p>The prevention of depression in nursing home residents: A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy.</p> <p><i>Aging & mental health</i></p> <p>Utg. nr: 2</p> <p>Vol.nr: 13</p> <p>Sidetall: 288-299</p>	<p>Målet med denne studien var å sammenligne en intervensjon som omhandler forebyggende kognitiv-atferdsterapi (CBT) og vanlig behandling til 43 av pasientene på sykehjemmet .</p> <p>De antydte at de som var i CBT-gruppen ville vise reduksjon av depresjon. I samsvar med institutt for medisinsk rammeverk, var dette en indikert forebyggingsstrategi rettet mot de innbyggerne som viste tegn på depresjon, men ikke oppfylte</p>	<p>Subsyndromal depresjon, long-term care, prevention.</p>	<p>Kvantitativ studie. Deltakerne ble screenet for depresjon. De som var i risikogruppen for å utvikle depresjon, men ikke hadde kriteriene for alvorlig depresjon, ble tatt med. Eksklusjonskriteriene var alder under 60, fysisk ikke mulig å være med i gruppen, kommunikasjonsproblemer, ikke-engelsktalende og de som hadde skåret lavere enn 21 på MMSE testen.</p> <p>Deltakerne ble rekruttert fra 7 sykehjem. Rekrutteringsperioden var på 3 år, 289 stk ble screenet for depresjon. Av disse ble 64 tildelt enten CBT eller TAU. Deltakerne ble fulgt opp i 6 mnd. Det var 20 deltakere i CBT gruppen og 20 i TAU. De hadde 13 økter med kognitiv-atferdsterapi (CBT) over 7 uker.</p>	<p>Resultatet av denne studien antyder at kognitiv-atferdsterapi er gunstig for beboere, på sykehjem, som ikke oppfyller kriteriene for alvorlig depresjon. Deltakerne rapporterte tilfredshet, spesielt med hensyn til å hindre fremtidige følelser av tristhet.</p>	<p>Vi vil bruke denne i oppgaven vår for å se om kognitiv atferdsterapi har en positiv innvirkning på depressive symptomene hos pasienter i sykehjem.</p>

	kriteriene for alvorlig depressiv lidelse.				
--	--	--	--	--	--