

Ida Tranmæl
Kandinatnummer: 10040

Hvordan kan sykepleier bruke kommunikasjon til å bedre pasientens livskvalitet ved Parkinsons sykdom på sykehjem?

Antall ord: 7543
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2023

Ida Tranmæl

Kandinatnummer: 10040

Hvordan kan sykepleier bruke kommunikasjon til å bedre pasientens livskvalitet ved Parkinsons sykdom på sykehjem?

Antall ord: 7543

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: I dag bor det omtrent 7500 pasienter med Parkinsons sykdom i Norge (Norges Parkinsonsforbund, u.å). Dette er en kronisk sykdom som påvirker mange av pasientens grunnleggende behov, og påvirker dermed også pasientens livskvalitet og livsutfoldelse. Parkinsons sykdom påvirker både kommunikasjonsevnen og forståelsen, som kan føre til utfordringer og svikt i kommunikasjonsprosessen. Sykdommen utvikler seg også ulikt fra person til person, som derfor krever tilrettelegging og personsentrert kommunikasjon. Grunnet den sammensatte og komplekse sykdommen, kreves det kompetanse både innenfor livskvalitetsspekteret, men også kunnskap om kommunikasjon, for å kunne yte en god og helsefremmende helsetjeneste til disse pasientene.

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å undersøke sykepleierens kommunikasjonsbruk ovenfor pasienter med Parkinsons sykdom, og hvordan denne bruken har påvirkning på pasientens livskvalitet, hvor målet er å gjennom kommunikasjon øke livskvaliteten til pasienten.

Metode: Et litteraturstudium gjennomført mellom april 2023 og juni 2023 basert på åtte forskningsartikler.

Resultat: Sykepleierens kompetanse innenfor kommunikasjonsfeltet kan øke pasientens livskvalitet. Resultatene viser at aktiv lytting, empati, støtte og nærhet etablerer en relasjon mellom sykepleier og pasient, som påvirker livskvaliteten i positiv forstand. Både verbal- og nonverbal kommunikasjon påvirker kommunikasjonsprosessen og kan virke både negativt og positivt på pasientens livskvalitet. Riktig kommunikasjonsbruk gjennom tilrettelegging og personsentrert kommunikasjon bidrar altså til relasjonsbygging, som igjen øker livskvaliteten.

Konklusjon: Sykepleieren kan bruke ulike verktøy i kommunikasjonsprosessen for å bygge relasjon, som igjen bidrar til økt livskvalitet. Sykepleieren kan bruke kommunikasjonen til å etablere en relasjon mellom sykepleier og pasient, og dette påvirker pasientens livskvalitet i form av følelsene aksept, tillit og trygghet. Svikt i kommunikasjonen kan oppstå, og kunnskap innenfor dette kan redusere risikoen for at misforståelser oppstår. Litteraturstudien aktualiserer nødvendigheten av å bygge en relasjon med pasienten gjennom kommunikasjonsprosessen.

Nøkkelord: Parkinsons sykdom, kommunikasjonsprosessen, sykepleie, relasjonsbygging, verbal- og nonverbal kommunikasjon

ABSTRACT

Background: Today, there are approximately 7500 patients living with Parkinson's disease in Norway (Norges Parkinsonsforbund). This is a chronic disease that affects many of the patient's basic needs, and it also affects the patient's quality of life and life expression. Parkinson's disease affects the patient's communication skills and can lead to problems with understanding others, which can lead to challenges and failures in the communication process. The disease also develops differently from person to person. Therefore it requires facilitation and person-centred communication. Due to the compound and complex disease, competence is required both within the quality of life spectrum, but also in communication, in order to be able to provide a good and health-promoting health service to these patients.

Aim: The purpose of this study is to examine the nurse's use of communication with patients with Parkinson's disease, and how communication has an impact on the patient's quality of life, where the aim is to increase the patient's quality of life through communication.

Method: A systematic literature study conducted in the period of between April - June 2023 based on eight research articles.

Results: The nurse's competence in the field of communication can increase the patient's quality of life through correct use of communication strategies. The results show that active listening, empathy, and support establish a relationship between the nurse and the patient, which affects the quality of life in a positive sense. Both verbal and non-verbal communication affect the communication process and can have both negative and positive effects on the patient's quality of life. The correct use of communication through facilitation and person-centered communication thus contributes to relationship building, which increases the quality of life.

Conclusion: The nurse can use communication tools in the communication process to build a relationship with the patient, which contribute to increase the patient's quality of life. Communication can be used to establish a relationship between the nurse and the patient, and this affects the patient's quality of life because of feelings like acceptance and trust. Failure in communication can occur, and knowledge within this can reduce the risk of misunderstandings. The literature study actualizes the necessity of building a relationship with the patient through the communication process.

Keywords: Parkinson's disease, the communication process, nursing, building a relationship, verbal and non-verbal communication

Innhold

1. Innledning	5
1.1. Introduksjon til tema og bakgrunnskunnskap.....	5
1.2. Teori.....	6
1.2.1. Å leve med Parkinsons sykdom	6
1.2.1.1. Konsekvenser for pasientens grunnleggende behov.....	7
1.2.2. Livskvalitetsbegrepet.....	8
1.2.2.1. Definisjoner	9
1.2.2.2. Sykdommens påvirkning på pasientens livskvalitet.....	10
1.2.3. Sykepleierens helsefremmende funksjon	10
1.2.3.1. Florence Nightingales sykepleieteori	11
1.2.3.2. Kommunikasjon som metode	11
1.3. Formål og problemstilling	13
2. Metode	14
2.1. Beskrivelse av metode.....	14
2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	16
2.3. Søkestrategi	17
2.3.1. Søketablell	17
2.4. Vurdering og utvelgelse av artikler	20
2.5. Analyse.....	21
3. Resultater	22
3.1. Artikkelmatrikse.....	22
3.2. Sammenfattet resultat av forskningen	31
3.2.1. Relasjonsbygging	31
3.2.2. Sykepleierens kommunikasjon.....	32
4. Diskusjon	34
4.1. Pasientens utfordringer påvirker kommunikasjonen	35
4.2. Etablering av relasjon mellom pasient og sykepleier	36
4.3. Metoderefleksjon.....	37
4.4. Konklusjon	38
Referanser	40

Tabeller

Tabell 2.1 Konsepttabell.....	15
Tabell 2.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	16
Tabell 2.3 Søketabell	18
Tabell 2.4 Evans analysemodell	21
Tabell 2.5 Analyse av hoved- og undertemaer	22
Tabell 3.1 Artikkelmatrise	23

1. Innledning

1.1. Introduksjon til tema og bakgrunnskunnskap

I dag bor omtrent 2500 mennesker med Parkinsons sykdom på sykehjem i Norge (Norges Parkinsonsforbund, u.å), og omtrent 6000 pasienter utenfor sykehjem (Stubberud et al., 2016, s. 278). Disse pasientene lever ofte med komplekse og sammensatte sykdomsbilder, og for å kunne forstå dette kreves spesialisert kompetanse innenfor fagfeltet.

De fleste pasientene med Parkinson bor hjemme, og årsaken til innleggelse på sykehjem er ofte behovet for bistand og tilrettelegging når sykdommen har nådd stadiet hvor det ikke er forsvarlig at pasienten bor i eget hjem (Stubberud et al., 2016, s. 279). Dette betyr at disse pasientene har kommet i en langt fremskreden fase av sykdommen. På grunn av behovet for bistand, har pasienter med Parkinson sykdom en yngre gjennomsnittsalder enn andre sykehjemsbeboere (Norges Parkinsonforbund, u.å). Parkinsons sykdom debuterer i hovedsak hos eldre mellom 50 – 70 år, men yngre pasienter kan også forekomme (Sykepleien, 2021).

Parkinsons sykdom ble beskrevet for første gang i 1817 av briten James Parkinson, men det var ikke før i 1960-årene forskere fant den viktigste årsaken som forårsaket symptomene; mangel på det kjemiske stoffet dopamin, i hjernen (NHI, 2023). Sykdommen har i de siste tiårene blitt mye forsket på, og forskingsaktiviteten er økende (Norges parkinsonforbund, u.å), spesielt innenfor behandling – og legemiddelfeltet.

Tradisjonelt har behandlingens hovedfokus vært å begrense motoriske symptomer, som bedrer pasientens fysiske funksjon. I tillegg har undersøkelser og kartlegging av pasientens symptomer også hatt dette fokuset. Men ofte har pasienten ikke-motoriske symptomer og plager i tillegg til de motoriske, som kan føre til tilleggsdiagnoser som depresjon, fatigue, søvnproblemer og smerter. (Nasjonalt kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser, 2010, s. 17).

1.2. Teori

1.2.1. Å leve med Parkinsons sykdom

Det er ukjent hvordan Parkinsons sykdom forårsakes, men grunnet et tap av dopaminnevroner i substantia nigra i hjernestammen, blir det svikt i det kjemiske samspillet i basalgangliene (ansamlinger av nerveceller som ligger dypt i begge halvdelene i storehjernen) (Johannessen og Widner, 2016). Den nedsatte dopaminproduksjonen hemmer impulsoverføringen mellom nervecellene, fordi dopamin er et transmitterstoff. Dette medfører forstyrrelser både i bevegelsessystemet og i andre funksjoner (Stubberud et al., 2016, s. 278).

Sykdommen utvikler seg gradvis, i et varierende tempo fra person til person. Hvor hardt sykdommen rammer pasienten er det også svært store individuelle forskjeller på. Noen pasienter kan ha tilsynelatende uforandret symptomer i mange år, mens andre har rask sykdomsutvikling (Johannessen og Widner, 2016). Pasientens livslengde blir vanligvis ikke påvirket av sykdommen, men den kan være svært invalidiserende, som kan ha direkte sammenheng med sykdomsutviklingen.

Begrepet *parkinsonisme* har en fellesbetegnelse på bevegelsesforstyrrelser som gir et motorisk sykdomsbilde (Norges Parkinsonforbund, u.å.), med symptomer som tremor i over- og underekstremitetene, samt tremor i tunge, leppene, kjevene, haken og hodet, som økes ved psykiske påkjenninger og kulde (Stubberud et al., 2016, s. 278). Parkinsons sykdom fører til og utgjør ca. 85% av all parkinsonisme (Norges Parkinsonsforbund, u.å.). Jeg vil derfor kun bruke betegnelsen Parkinsons sykdom i denne oppgaven, istedenfor parkinsonisme, da dette begrepet også kan bety andre diagnoser i hjernen eller legemiddelrelaterte tilstander som gir samme symptom-bilde som Parkinsons sykdom (Helsebiblioteket, 2017). Den vanligste årsaken til parkinsonisme er ideopatisk Parkinsons sykdom, som forårsaker symptomer som trippende gange, framoverlutende kroppsholdning og dårlig balanse, samt det gir pasienten et typisk utseende med såkalt maskeansikt (Chou, 2016), som forklares i delkapittel 4.1: pasientens utfordringer påvirker kommunikasjonen. Begrepet ideopatisk Parkinsons sykdom og primær parkinsonisme brukes når symptomene ikke kan forklares av andre sykdommer eller legemidler (Folkehelseinstituttet, 2018).

Andre symptomer på parkinsonisme er rigiditet og postural instabilitet. Minst to av de overnevnte symptomene må være til stede ved utredelse av Parkinsons sykdom, og for at diagnosen skal stilles, trengs en grundig undersøkelse hos nevrolog. (Stubberud et al., 2016, s. 278). Ved langtkommet sykdom er det vanlig at det autonome nervesystemet rammes, som er

den delen av nervesystemet som styrer aktiviteten i kroppens basale funksjoner og bidrar til likevekt (NHI, 2020). Sykdommens påvirkning på det autonome nervesystemet kan føre til sikling grunnet utfordringer med å svelge, økt svetteutskilling og talgproduksjon som kan føre til et «*salveansikt*» hvor huden blir glinsende, samt fare for ortostatisk blodtrykksfall med tendens til lavt hvileblodtrykk. (Chou, 2016, Johannessen og Widner, 2016).

Parkinsons sykdom er en kronisk nevrodegenerativ sykdom, som vil si at den rammer hjernen hvor nervevevet gradvis blir nedbrutt som ikke kan reverseres (Store medisinske leksikon, 2021). Dette betyr at pasienten er nødt til å lære seg å leve med sykdommen, og dens påvirkning for pasientens grunnleggende behov. Pasientens plager øker dersom dopaminproduksjonen minsker, som har utslag på hvor stor grad de grunnleggende behovene blir påvirket.

1.2.1.1. Konsekvenser for pasientens grunnleggende behov

Parkinsons sykdom fører til at mange av de grunnleggende behovene til pasienten blir berørt (Stubberud et al., 2016, s. 279). Kompetanse innenfor dette kreves for at sykepleieren skal kunne utføre dens helsefremmende funksjon, og dermed bidra til økt livskvalitet hos pasienten.

Sykdommen rammer grunnleggende behov som aktivitet grunnet muskelrigiditet, akinesi, postural ustabilitet og fatigue. Grunnet sykdommens påvirkning på det autonome nervesystemet, blir eliminasjonen rammet grunnet redusert peristaltikk i tarmen, som kan føre til urinlatingsforstyrrelser og obstipasjon, som igjen kan påvirke livskvaliteten i negativ forstand (Chou, 2016).

Sykdommen påvirker også pasientens opplevelse av velvære grunnet smerter, som 40 – 50% av pasientene opplever. Smertene kan forårsakes av økt muskelspenning og lite hvile, som kan oppleves i form av krampe (Beiske mfl. 2009). Behovet for søvn blir også påvirket i form av insomni, som omtrent 60% av pasientene med Parkinson plages med. Derfor er pasienten ofte trøtt på dagtid, og dette i sin helhet er en viktig årsak til redusert livskvalitet (Chou 2016, Johannessen og Widner 2016). Hypersomni er også vanlig hos disse pasienten (Stubberud et al., 2016, s. 280).

Et annet grunnleggende behov som i stor grad blir påvirket er pasientens psykososiale behov. Parkinsons sykdom kan få konsekvenser for pasientens livskvalitet og livsutfoldelse (Haahr

mfl. 2011, Saeedian mfl. 2013). Parkinson kan gi psykososiale konsekvenser som apati, angst og depresjon. Pasienten kan dermed vise lite emosjoner, ha manglende motivasjon og et lavt aktivitetsnivå, som både kan skyldes biokjemiske forandringer og psykisk helse (Johannessen og Widner, 2016).

Omtrent 10-30% av pasientene med Parkinsons sykdom sliter med depresjoner som tilleggsdiagnose, som kan skyldes de biokjemiske forandringene i hjernen, eller bivirkninger av behandlingen med dopaminagonister eller andre antiparkinsonlegemidler (Rodnitzky 2015). Redusert oppmerksomhet samt redusert hukommelse kan forekomme grunnet kognitiv svikt ved langt framskreden sykdom (Chou, 2016).

1.2.2. Livskvalitetsbegrepet

Siden 1990- årene har begrepet livskvalitet i økende grad både nasjonalt og internasjonalt blitt et akseptert mål (Kristoffersen et al., 2016, s. 55). «Livskvalitet er et akseptert mål for helsehjelp til pasienter», sies det i forskrift om prioritering av helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2000). I helsepolitiske dokumenter, som Stortingsmelding nr. 47 (2008 – 2009) *Samhandlingsreformen*, blir prinsippet videreført. I tillegg er begrepet også benyttet i *lov om pasient- og brukerrettigheter* (1999) og i sentrale offentlige utredninger for å angi helsepolitiske mål. Dette understøtter viktigheten av å sette søkelys på pasientens livskvalitet ved helsefremmende sykepleie.

Livskvalitetsbegrepet er mangetydlig. I psykologien brukes begrepet for å dekke rent subjektive opplevelser som består av tre dimensjoner; kognitiv, affektiv og eudaimonisk. Kognitiv livskvalitet omfatter hvor fornøyd enkeltindividet er med livet, både som et generelt syn og med viktige livsområder- og situasjoner (Bang Nes et.al., 2018, s. 11). Affektiv livskvalitet omhandler tilstedeværelse av både positive og negative følelser – som glede og lykke, og ensomhet og sinne, samt fravær av psykiske plager (Næss, 2001). Eudaimonisk livskvalitet referer til ulike aspekter av behovstilfredsstillelse (hvorav tilhørighet, engasjement og mening står sentralt) og enkeltindividets psykologiske fungering (Bang Nes et.al., 2018, s. 11).

I andre sammenhenger vektlegges objektive forhold som bo- og arbeidsforhold, materielle livsbetingelser og sosial deltakelse (FHI, 2021). Den handler altså om sentrale sider som selvutvikling, fellesskap, trygghet, frihet og helse, ved en livssituasjon (Bang Nes et.al., 2018,

s. 13). Begrepet objektiv livskvalitet og levekår er dermed delvis overlappende, da levekår omhandler ulike aspekter ved en livssituasjon, og dermed refererer til de ytre livsbetingelsene. Disse omtales som objektive, da de er uavhengige av subjektive opplevelser. For at enkeltindividet skal kunne ha det bra på sentrale livsområder, føle seg bra og vurdere livet som bra, omhandler livskvalitet å ha ressurser til å mestre belastninger og krav (Bang Nes et.al., 2018, s. 13). Dermed blir begrepet livskvalitet også delvis overlappende mellom fenomenet ressurser og krav.

1.2.2.1. Definisjoner

Eurostat og OECD vurderer livskvalitet som bestående av både subjektive og objektive aspekter (Bang Nes et al., 2018, s. 8). Dermed blir livskvalitetsbegrepet delvis overlappende, hvor den subjektive livskvaliteten særlig overlapper med psykisk helse, og den objektive livskvaliteten med levekår. Verdens Helseorganisasjon beskriver at livskvalitet er en subjektiv opplevelse og vurdering sett i lys av sosiale, miljømessige og kulturelle forhold (WHOQOL, 1995). Oppmerksomheten blir rettet mot enkeltindividets oppfatning av sin livssituasjon, som kan sees som en svakhet, da tenkingen er vektlagt, men utelater den følelsesmessige opplevelsen av livssituasjonen (Kristoffersen et al., 2016, s. 55).

Definisjonen fra Næss m.fl. (2001) har stor overføringsverdi til sykepleie, da de betegner livskvalitet som psykisk velvære og indre opplevelser, som omhandler enkeltindividets subjektive opplevelse ved livssituasjonen sett fra ulike sider. De definerer livskvalitetsbegrepet slik: *«En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personen bevisste kognitive og affektive opplevelser er negative»* (Næss et al., 2001, s. 10). Her blir både følelser og vurderinger vektlagt hvor disse faktorene påvirker hverandre. Derfor blir livskvalitet et rent subjektivt begrep som inneholder enkeltindividets affektive følelser og kognitive opplevelser som utelukker de objektive forholdene i livssituasjonen.

Når jeg i denne oppgaven bruker begrepet «livskvalitet» uten nærmere presisering, legger jeg mest vekt på subjektiv livskvalitet, og med dette mener jeg pasientens opplevde livskvalitet i form av kognitive opplevelser og affektive følelser. Jeg ser den objektive komponenten i sammenheng uten hovedfokus, da pasientens subjektive opplevelse står sentralt for å kunne oppnå målet om god livskvalitet.

1.2.2.2. Sykdommens påvirkning på pasientens livskvalitet

Parkinsons sykdom har innvirkning på pasientens livsutfoldelse og livskvalitet, da sykdommen fører til konsekvenser for de grunnleggende behovene i ulik grad (Haahr mfl. 2011). Pasientens plager vil derfor kunne ha stor innvirkning på livsutfoldelsen og livskvaliteten til pasienten (Saeedian mfl. 2013).

En viktig årsak til at pasienter med Parkinsons sykdom har redusert livskvalitet er fatigue. Dette er påvist hos ca. 40 – 50% av pasientene med Parkinson (Chou, 2016), som fører til utmattelse og energisvikt som påvirker livskvaliteten negativt hos enkeltindividet. Søvnproblemer er også vanlig hos disse pasientene, som forverrer utmattelsen og dermed virker negativt inn på livskvaliteten. Av de pasientene som er plaget av søvnproblemer, er 65% av disse lite fornøyde med livet, som kan sees i sammenheng med dårlig livskvalitet (Støren & Rønning, 2021).

Morgenstellet i seg selv kan også være utfordrende og ta lang tid, gjerne 1 – 2 timer. Grunnet akinesi er det karakteristisk at kroppen ikke lyster; pasienten vet hva han vil gjøre, men greier ikke å utføre det han har tenkt (Stubberud et al., 2016, s. 279). Morgenstellet kan derfor oppleves nedvergende for pasienten grunnet ukontrollerte og saktegående bevegelser. For at sykepleieren skal kunne utføre dens helsefremmende funksjon og øke livskvaliteten til pasienten, trengs kunnskap innenfor temaet.

1.2.3. Sykepleierens helsefremmende funksjon

Den salutogene helseforståelsen er et fundamentalt begrep for helsefremming (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 136), som anser individet som et «helt» menneske bestående av en fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell/åndelig dimensjon (WHO, 1986). Antonovsky (1987), salutogenesens far sier: *«Se etter det som gir helse fremfor å konsentrere oppmerksomheten på svakheter, begrensninger og årsak til dårlig helse»*. Dermed er den salutogene helseforståelsen og dens begrep vesentlig i sykepleie.

Ifølge International Council of Nursing (ICN) består praktisk sykepleie av fire hovedfunksjoner; 1) fremming av helse, 2) forebygging av sykdom, 3) lindring av lidelse og 4) gjenopprette helse (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 136). Norsk Sykepleierforbund fremhever i tråd med ICN at den særegne funksjonen til sykepleieren er å fremme helse og hjelpe de som er utsatt for helsesvikt og sykdom (NSF, 2007). Ifølge WHO omfatter

helsefremmende arbeid prosesser som setter enkeltindividet i stand til å forbedre sin egen helse og få økt kontroll over den gjennom utvikling av personlige ferdigheter samt kompetanse (The ottawa charter for health promotion, WHO 1986). Helsefremming omhandler altså en styrking og ivaretagelse av pasientens ressurser som fremmer velvære og helse (Kristoffersen et al., 2016, s. 18).

1.2.3.1. Florence Nightingales sykepleieteori

Florence Nightingales (1820 – 1910) sykepleieteori baserte seg på et helhetlig perspektiv med sykdomsforebygging og helsefremming som to parallelle funksjoner. I læreboken *Notes on Nursing* skriver Nightingale at glede, håp, mening, rådgivning og samtale til pasienten er like viktig som observasjoner, pleie og behandling av den syke (Nightingale, 2007/1860). I 1860 uttrykte hun at «medisin som det helbredende» kun var en illusjon. Hun motarbeidet denne illusjonen om at medisin var det som helbredet pasienten, fordi psykososial støtte er en like så viktig del av helbredelsen av sykdom som medisinenes egenskaper har (Nightingale, 2007/1860).

På den andre siden sto hun for at naturen kan helbrede, og for at sykepleie skal kunne oppnå dette, må det sørges for at naturen har best mulige vilkår for å hjelpe pasienten (Nightingale, 2007/1860, s. 175). De naturlige helseprosessene i det enkelte individ må derfor legges til rette for. For å understøtte de iboende helende og naturlige kreftene er det både for friske og syke avgjørende å understøtte helsens positive prinsipper, ifølge Nightingale. Hun mente at enten direkte eller indirekte vil det som fremmer helse i tillegg ofte virke sykdomsforebyggende (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 137).

1.2.3.2. Kommunikasjon som metode

Klinisk kommunikasjon omhandler utveksling av budskap gjennom både verbal og nonverbal kommunikasjon mellom to eller flere aktører (Heyn, 2021, s. 14). I denne oppgaven fokuserer jeg på kommunikasjonsprosessen mellom sykepleier og pasient. Gjennom kommunikasjonsprosessen gir og mottar begge parter informasjon, hvor det kan oppstå svikt i kommunikasjonen (som forklares nærmere i delkapittel 4.2: Etablering av relasjon mellom pasient og sykepleier). Martinsen (2005) hevder at en samtale kan gå gjennom enten en toleddet relasjon (samtalen mellom sykepleier og pasient blir ikke gjort felles slik at hver part

har sin egen forståelse av saken) eller treleddet relasjon (består av sykepleier og pasient som det felles tredje samtaleemnet). Det blir altså mulig å oppnå en felles forståelse ved å få frem pasientens perspektiv og å engasjere seg i en felles sak (Heyn, 2021, s. 16). Dersom sykepleieren bare konstaterer det pasienten sier, men ikke fanger det opp, er det et eksempel på toleddet relasjon ved at begge parter har sin egen forståelse av saken som ikke blir gjort felles (Martinsen, 2005). Sykepleier gjør dermed pasienten til et objekt og hever seg over pasienten ved at sykepleieren setter seg i en posisjon hvor en forstår pasienten bedre enn han/hun forstår seg selv. Grunnlaget for relasjonen ligger derfor på sykepleierens forståelse av pasientens situasjon, som kan føre til at pasienten ikke føler seg hørt (Heyn, 2021, s. 16). Det er derfor viktig at sykepleieren tilstreber å få frem pasientens perspektiv, som kan utføres ved å benytte seg av ulike kommunikasjonsstrategier- og verktøy.

Ulike typer spørsmål- som åpne og lukkede, kan få frem pasientens perspektiv på en god måte. Åpne spørsmål åpner opp for at pasienten skal kunne svare utfyllende og utfordrer pasienten til å reflektere ved at det brukes spørreord som hva, hvordan og hvorfor. Mens ved lukkede spørsmål holder det ofte bare med et «ja» eller «nei» som svar fra pasientens side som kan være positivt ved datasamling fordi det er en god kilde til informasjon (Heyn, 2021, s. 18). En negativ side ved lukkede spørsmål er at pasienten kan føle han sitter i et avhør fordi det blir vanskeligere å slippe pasienten til, så i slike situasjoner er åpne spørsmål foretrukket, mens lukkede spørsmål kan gi gode svar på om pasienten har forstått informasjonen sykepleieren har formidlet (Heyn, 2021, s. 18).

Å etablere en relasjon er viktig for å få frem pasientens perspektiv, som kan oppnås gjennom flere faktorer. Det er blant annet større sannsynlighet for at pasienten åpner seg dersom han opplever tillit (Heyn, 2021, s. 19). Relasjonen bygges dermed med tillit. Aktiv lytting er også et kommunikasjonsverktøy som kan brukes for å få frem pasientens perspektiv (Heyn, 2021, s. 20). Sykepleieren hører aktivt etter pasientens beskrivelser og stiller oppfølgingsspørsmål. Det handler om å være oppmerksom på både ens egen og pasientens verbale og nonverbale kommunikasjon. Verbal oppmuntring, som også kalles fasilitering er formidling av ord som viser at man er interessert og følger med, som for eksempel «akkurat» og «ja vel?», som bidrar til at pasienten har rom til å fortsette å utdype. Parafisering (å omformulere det pasienten sier) er også et verktøy som viser interesse og utfordrer pasienten til å utdype samtidig som sykepleieren forsikrer seg om at han har hørt riktig. Nonverbal oppmuntring handler om oppmerksomhet mot pasienten som sykepleieren snakker med, ved for eksempel å sette seg ned, som signaliserer at sykepleieren har tid til å lytte. Andre nonverbale verktøy er å

vis følelser og forståelse gjennom ansiktsuttrykk som et smil og nikkning dersom det passer seg, og å speile pasientens følelser og ha blikkontakt som signaliserer at sykepleieren følger med. Denne kombinasjonen av verbal og nonverbal oppmuntring bidrar til å skape tillit mellom pasient og sykepleier, som igjen bygger relasjon (Heyn, 2021, s. 21). Jeg vil også nevne empati som et godt kommunikasjonsverktøy, som omhandler sykepleierens evne til å sette seg inn i pasientens følelser, reaksjoner og situasjon samtidig som at sykepleieren formidler at han forstår pasienten (Heyn, 2021, s. 23). For å oppnå empatisk kommunikasjon må det være rom for at pasienten får formidlet sin historie, hvor sykepleieren kan bruke parafrasering fordi da får pasienten myndighet til å velge retning på samtalen. Sykepleieren kan vise empati ved både verbal og nonverbal kommunikasjon, ved å anerkjenne pasientens bekymring gjennom ord og vise dette med kroppsspråk og ansiktsuttrykk. Kommunikasjon er altså en viktig metode som sykepleieren benytter seg av i dens helsefremmende arbeid, som har flere positive helseeffekter hos pasienten.

1.3. Formål og problemstilling

Formålet med denne oppgaven er å belyse viktigheten av sykepleierens kommunikasjonsbruk ovenfor pasienten, som har stor påvirkningskraft på pasientens livskvalitet. Parkinsons sykdom medfølger kommunikasjonsvansker, noe som kan gjøre helsefremmende arbeid utfordrende. Sykepleierens kommunikasjon både gjennom det verbale og nonverbale kan virke positivt på pasientens helse og dermed øke hans livskvalitet, men på den andre siden kan det også føre til redusert livskvalitet som kan medføre konsekvenser som psykiske tilleggsdiagnoser. Jeg vil derfor undersøke kommunikasjonens påvirkningskraft ved Parkinsons sykdom, hvor målet for sykepleie er å øke pasientens livskvalitet gjennom bruken av kommunikasjon.

Med utgangspunkt i dette har jeg formulert følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleier bruke kommunikasjon til å bedre pasientens livskvalitet ved Parkinsons sykdom på sykehjem?»

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

Oppgaven er et litteraturstudium med kriterier for akademisk oppgaveskriving som baserer seg på eksisterende teori, fagkunnskap og forskning (Dalland, 2020, s. 199), funnet via systematiske litteratursøk i relevante databaser (Forsberg og Wengström, 2016, s. 27).

Litteraturstudie som metode vil si at jeg gjennomgår og samler litteratur og forskning basert på problemstillingen som er satt i et aktuelt og praksisrelevant kunnskapsfelt, da metoden belyser både opplevelser fra helsepersonell og pasienter i et bredt spekter.

I dette kapitlet beskrives valg av forskningsartikler gjennom søkestrategi, illustrert med inklusjons- og eksklusjonskriterier, konsepttabell, valg av databaser og artikler, samt en søketabell som illustrerer søkehistorikken. Til slutt blir det utført en analyse av den utvalgte forskningen.

Litteratursøk-prosessen er planlagt, dokumentert, begrunnet og etterprøvable, for å møte kriteriene. Jeg startet oppgaven med lesing av faglitteratur som førte til en fordypning i tema, som er grunnlaget for forståelse, utvelgelse og formulering av problemstillingen.

Problemstillingen ble justert og omformulert etter hvert som jeg fant ny forskning og litteratur. Jeg utformet både et PICO – skjema og en konsepttabell, og fant ut at konsepttabell var det som passet problemstillingen best; derfor fortsatte jeg søket med denne (tabell 2.1). Jeg brukte «MeSH» for å utforske og finne passende og konkrete søkeord på både norsk og engelsk (Helsebiblioteket, 2016). Konsepttabellen identifiserer synonymer og hovedbegreper i problemstillingen, som har ført til gode søk.

Jeg gjennomførte et systematisk litteratursøk etter forskningsartikler i tre forskjellige databaser, deretter ble det gjort en kritisk vurdering og utvalg av litteratur med tanke på kvalitet og oppgavens relevans. Dette resulterte i åtte forskningsartikler hentet fra tre ulike databaser. Artiklene inkluderer tre kvalitative studiedesign, to kvantitative studiedesign, to reviewartikler og en artikkel med både kvalitativt og kvantitativt studiedesign.

Jeg har valgt å inkludere både kvalitative og kvantitative studier fordi de utfyller hverandre og gir dermed dybde og bredde til oppgaven. Fordelen med kvantitativ metode er målbar datasamling innenfor livskvalitets-feltet, som viser forekomst av en gruppe mennesker med håndfaste tall (Dalland, 2020, s.56). Det er relevant å ta i bruk kvalitativt design da

problemstillingen søker forståelse av hvordan kommunikasjonen påvirker pasientens livskvalitet. Kvalitative studier belyser mening og forståelse i menneskers opplevelser, som egner seg godt da både pasientens og sykepleierens erfaringer, meninger og holdninger er relevant for å belyse problemstillingen.

Helsebibliotekets sjekkliste for vitenskapelige artikler ble brukt ved kritisk vurdering og utvelgelse av artikler, som tar hensyn til artiklenes formulering av tema og formål, redegjørelse av datasamlingsmetode og deltakere, samt tydelig presisering av resultater (Helsebiblioteket, 2016).

Tabell 2.1 Konsepttabell

«Hvordan kan sykepleier bruke kommunikasjon til å bedre pasientens livskvalitet ved Parkinsons sykdom på sykehjem?»				
Konsept 1	Konsept 2	Konsept 3	Konsept 4	Konsept 5
Sykepleier	Kommunikasjon	Livskvalitet	Parkinsons sykdom	Sykehjem
Søkeord: «Nurse*»	Søkeord: «*Communication*»	Søkeord: «Quality of Life» «Life Quality» «Health-Related Quality Of Life» «Patient Comfort» «Health Promotion»	Søkeord: «Parkinson*»	Søkeord: «Nursing homes» «Residential homes» «Care homes» «Assisted living facilities»

Under konsept 3: livskvalitet, har jeg valgt å trekke inn begrepene «patient comfort» og «health promotion» fordi de er relevant for oppgaven og kan trekkes inn under livskvalitet. Pasientvelvære er med på å sikre optimal livskvalitet, mens mestring og livskvalitet fører til helsefremming. Konsept 5: sykehjem, ga ingen relevante søk og er derfor ikke brukt ved de strukturerte søkene som ble gjennomført, men konseptet er likevel en del av tabellen fordi det er en del av problemstillingen.

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Jeg har valgt følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier (presentert i tabell 2.1), for å vurdere artikkelens relevans for problemstillingen, som har ført til en avgrensning av mengden litteratur og tydeliggjøring av litteratursøket (Thidemann, 2019, s.83).

Tabell 2.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publiseringsårstall mellom 2013 – 2023	Artikler eldre enn 10 år
Diagnose: Parkinsons sykdom	Andre diagnoser
Omhandler kommunikasjon mellom pasient og sykepleier og/eller pasientens livskvalitet	Artikler som har fokus på pårørende.
Pasient- og/eller sykepleierperspektiv	Artikler som ikke er pasientsentrert.
Fagfellevurderte artikler/tidsskrifter med IMRAD-struktur, tilgjengelig i fulltekst	Forskning som ikke er godt gjennomført eller har dårlig kvalitet.
Språk: norsk, svensk, dansk og engelsk	Andre språk jeg ikke har forståelse for

For å sørge for relevant forskning, satt jeg en avgrensning for publisering til ti år tilbake i tid. Dette tidsaspektet er gjeldende med hensyn til nyere forskning innenfor feltet, som tidligere ikke har blitt mye forsket på (Norges parkinsonforbund, u.å.). Jeg valgte at artiklene skulle omhandle pasienter med diagnosen Parkinsons sykdom, da andre diagnoser ikke svarer på problemstillingen. Derfor avgrenset jeg også artikler som ikke er pasientsentrerte og har feil fokus, som f.eks. pårørende.

Jeg var interessert i Parkinsons-pasientens livskvalitet og hvordan sykepleierens kommunikasjon har påvirkning på dette; derfor var det forskning som undersøker pasient- og sykepleier-perspektivet jeg videre ville inkludere. Flere studier inkluderte både hvordan pasienten og sykepleieren bygger relasjoner gjennom kommunikasjon, men også hvordan pasienten og sykepleieren kommuniserte med pårørende og deres relasjoner med de pårørende. Et utvalg av disse artiklene ble likevel inkludert i litteraturstudiet, da kun pasientens og sykepleierens relasjon og kommunikasjon ble tatt hensyn til.

Bacheloroppgavens retningslinje om at litteraturstudiet skal bestå av forskningsartikler er grunnlaget for fagfellevurderte artikler/tidsskrifter med en IMRAD-struktur. Dette sikrer at

forskningen er godt gjennomført og av god kvalitet (Store norske leksikon, 2021). Videre inkluderte jeg artikler som har et skandinavisk eller engelsk språk, da det er disse språkene jeg har forståelse for. Siden Parkinsons sykdom i hovedsak debutterer hos eldre mellom 50 – 70 år, valgte jeg ikke å sette en avgrensning på alder, da de fleste artiklene omhandler eldre Parkinson-pasienter, selv om yngre pasientgrupper kan forekomme (Sykepleien, 2021).

2.3. Søkestrategi

Ut ifra Helsebibliotekets anbefalinger og Universitetsbiblioteket til NTNU valgte jeg databasene CINAHL, PubMed og PsycINFO. Disse gir et helsefaglig og sykepleiefaglig fokus (NTNU, u.å.). Den bibliografiske databasen CINAHL ble valgt fordi den inneholder en del pasienterfaringer og kvalitativ forskning som er relevant for oppgaven (Helsebiblioteket, u.å.). PubMed som er en søkemotor for MEDLINE, ble inkludert i søket fordi databasen har artikler av god kvalitet, da det er stilt strenge krav til de inkluderte tidsskriftene (Rein, J.O., 2017). PsycINFO har litteratur innenfor psykologispekteret, og ble valgt fordi databasen hadde gode artikler innenfor kommunikasjon og livskvalitet som var relevant for oppgaven.

Søkeord fra den ferdigstilte konsepttabellen ble via de boolske operatorene OR og AND kombinert i avanserte søk. Søket ble avgrenset ut fra inklusjons- og eksklusjonskriteriene. På noen søk ble funksjonen «All text» (TX) og «Title» (TI) benyttet, som avgrenser søkemonitoren. I de endelige søkene leste jeg artiklenes sammendrag med et kildekritisk blick, som jeg vurderte ut fra oppgavens relevans, sjekklister for vurdering av vitenskapelige artikler, samt inklusjons- og eksklusjonskriteriene. En oversikt over søkehistorikken knyttet til hver enkelt forskningsartikkel gjennom søkestrategi og konkrete søkeord er presentert i tabell 2.3.

2.3.1. Søketablell

Her presenteres tre systematiske søk, som har resultert i åtte utvalgte artikler.

Tabell 2.3 Søketablell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler		
CINAHL	10.04.23	S1.	(Parkinson*)		38 328			
		S2.	(*Communication*)		225 570			
		S3.	(Nurse*)		577 625			
		S4	(nursing home*) OR (residential home*) OR (care home*) OR (assisted living facilities)		82 611			
		S5	(quality of life) OR (life quality) OR (health related quality of life) OR (patient comfort) OR (health promotion)		329 057			
		S4.	S1 AND S2		618			
		S5	S1 AND S3		847			
		S6	S1 AND S2 AND S3	År > 2013 Språk: Engelsk	25	1 (A)		
PUBMED	16.04.23	S7	S1 AND S2 AND S5	År > 2013 Språk: Engelsk	94			
		S8	S1 AND S2 AND S3 AND S5	År > 2013 Språk: Engelsk	3			
		S1	S1 AND S2 AND S3	År > 2013 Språk: Engelsk	38	1 (B)		
		S2	S1 AND S2 AND S5	År > 2013 Språk: Engelsk	288	2 (C, D)		
		S3	S1 AND S3 AND S5	År > 2013 Språk: Engelsk	75			
		S4	S1 AND S2 AND S3 AND S5	År > 2013 Språk: Engelsk	10	1 (E)		
		PsycINFO	23.04.23	S1	S1 AND S2 AND S3	År > 2013 Språk: Engelsk	12	
				S2	S1 AND S2 AND S5	År > 2013 Språk: Engelsk	82	3 (F, G, H)
S3	S1 AND S2 AND S3 AND S5			År > 2013 Språk: Engelsk	1			

Inkluderte artikler:

- A. Pitts, E., Wylie, K., Loftus, A.M. & Cocks, N. (2022). Communication strategies used by Parkinson's nurse specialists during healthcare interactions: A qualitative descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 78(6), 1773 – 1786. <https://doi.org/10.1111/jan.15196>
- B. Kourkouta, L & Papathanasiou, I.V. (2014). Communication in Nursing Practice. *Materia socio-medica*, 26(1), 65–67.
- C. Kuehne, M., Polotzek, L., Haghikia, A., Zaehle, T. & Lobmaier, J.S. (2022). I spy with my little eye: The detection of changes in emotional faces and the influence of facial feedback in Parkinson disease. *European journal of neurology*, 30(3), 622-630. <https://doi.org/10.1111/ene.15647>
- D. Takahashi, K., Kamide, N., Suzuki, M & Fukuda, M. (2016). Quality of life in people with Parkinson's disease: the relevance of social relationships and communication. *The Journal of Physical Therapy Science*, 28(2), 541 – 546. <https://doi.org/10.1589/jpts.28.541>
- E. Ireland, S., Carroll, V., Blanchard, D. & Rossiter, R. (2022). Recognising and responding to communication and swallowing difficulties in Parkinson's disease. *Australian journal of general practice*, 51(4), 239 – 244. <https://doi.org/10.31128/AJGP-07-21-6094>
- F. Schonenberg, A. & Prell, T. (2022). Measuring quality of life with the Parkinson's Disease Questionnaire-39 in people with cognitive impairment. *PLoS ONE*, 17(4), e0266140. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266140>
- G. Sanchez-Luengos, I., Lucas-Jimenez, O., Ojeda, N., Pena, J., Gomez-Esteban, J., Gomez-Beldarrain, M.A., Vazquez-Picon, R., Foncea-Beti, N & Ibarretxe-Bilbao, N. (2022). Predictors of health-related quality of life in Parkinson's disease: the impact of overlap between health-related quality of life and clinical measures. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 31(11), 3241 – 3252. <https://doi.org/10.1007%2Fs11136-022-03187-y>
- H. Chen, Y.W., Huang, C.Y., Chen, J.H., Hong, C.T., Wu, C.Y. & Chang, E.H. (2022). Living with Parkinson's disease: disease and medication experiences of patients and caregivers. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 17(1), 2018769. <https://doi.org/10.1080%2F17482631.2021.2018769>

2.4. Vurdering og utvelgelse av artikler

Jeg selekterte de valgte forskningsartiklene ut fra inklusjons- og eksklusjonskriteriene, relevans for styrking av oppgaven og sykepleiefaglig vinkling mot kommunikasjon og pasientens livskvalitet. Søkeordene jeg anvendte ga generelt mange og relevante treff i de ulike databasene.

Søk nummer seks i CINAHL ga 25 treff der jeg leste alle overskriftene, hvorav abstraktet ble lest på fem av artiklene. Ut fra dette valgte jeg å inkludere en artikkel som virket å svare godt på problemstillingen, samt fire artikler ekskludert da de hadde feil perspektiv.

I PubMed utførte jeg fire ulike søk. Det første søket ga 38 treff der jeg leste alle overskriftene. Her leste jeg abstraktet på flere av artiklene, hvor de fleste ble ekskludert ut fra kriteriene, samt en artikkel ble vurdert som relevant. Det andre søket ga 288 treff, hvor 3 artikler ble funnet som god match på alle søkeordene. Etter jeg leste abstraktet på alle tre artiklene, hvorav to artikler ble lest i sin helhet, vurderte jeg en av disse artiklene som relevant for min problemstilling. I tillegg inkluderte jeg enda en artikkel fra dette søket, som var relevant for problemstillingen. I det tredje søket vurderte jeg ingen av de 75 resultatene som relevant, da perspektivene ikke samsvarte med kriteriene. Når jeg i det siste søket inkluderte ordet «kommunikasjon» ble relevansen av artiklene større. Av de 10 resultatene leste jeg alle overskrifter, samt abstraktet på fire av artiklene, hvor en artikkel ble vurdert som relevant for oppgaven.

I databasen PsycINFO gjennomførte jeg tre individuelle søk, hvor det første søket ga treff som ble vurdert som urelevante etter å ha lest de 10 overskriftene og abstraktet på to av disse. Det andre søket fikk gode utslag. Etter jeg leste alle overskrifter samt abstraktet på flere av disse, ble tre artikler inkludert i oppgaven, da søket ga gode treff som stemte med inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Det siste søket ga ett treff, men svarte ikke godt på problemstillingen og ble derfor ekskludert.

2.5. Analyse

Ved analysering av forskningsartiklene tok jeg i bruk Evans' (2002) analysemodell. Prosessen omhandler fire faser for å fremstille og analysere data, som presenteres i tabellen under.

Modellen resulterte i en gradvis forståelse av sammenhengen mellom kommunikasjon og livskvalitet som danner grunnlaget for drøftingens disposisjon.

Tabell 2.4 Evans analysemodell

Steg	Beskrivelse
Første steg	Det første steget omhandler innsamling og utvelgelse av data (Evans, 2002), og illustrerer det jeg tidligere presenterte som en systematisk søkeprosess innunder kapittel 2.2, 2.3 og 2.4. Alle vurderingskriterier for den systematiske litteraturstudien blir møtt gjennom denne prosessen, ved at jeg identifiserte et utvalg som resulterte i åtte inkluderte artikler.
Andre steg	Steg 2 innebærer identifisering av hovedfunn i forskningsartiklene. Dette utførte jeg gjennom lesing av studiene gjentatte ganger for å danne en forståelse av fremhevet eller gjentakende opplevelser og utsagn med søkelys på studiens helhet og detaljer. Jeg brøt deretter ned resultatene til nøkkelkomponenter, som blir presentert i tabell 2.5. På denne måten fremhever jeg sammenhenger og ulikheter på tvers av studiene, som gjør identifisering av tema og funn enkelt.
Tredje steg	I det tredje steget kartlegget jeg de gjennomgående hovedfunnene fra de ulike artiklene. Disse ble kategorisert i to overordnede hovedtemaer; relasjonsbygging gjennom kommunikasjon og sykepleierens kommunikasjon (tabell 2.5). Differensier mellom artiklenes hovedtema ble identifisert, hvor jeg videre valgte ut fem underkategorier basert på nøkkelfunnene i artiklene.
Fjerde steg	Det fjerde og siste steget utfører jeg med en fenomenbeskrivelse for å validere den utførte analysen, hvor funnenes syntese (tabell 3.1) knyttes til de respektive referansene. I kapittel 3. Resultat presenterer jeg analysen av resultatene.

Tabell 2.5 Analyse av hoved- og undertemaer

Hovedtema:	Undertema:	Artikler som omhandler temaene:
Relasjonsbygging gjennom kommunikasjon	<ol style="list-style-type: none">1. Relasjonsbygging oppnås gjennom kommunikasjon2. Relasjonsbygging øker livskvaliteten.	A, B, D, H
Sykepleierens kommunikasjon	<ol style="list-style-type: none">1. Viktigheten av sykepleierens kompetanse2. Betydningen av personsentrert kommunikasjon3. Betydningen av verbal- og nonverbal kommunikasjon	A, B, C, D, E, H

3. Resultater

Åtte artikler er inkludert i oppgaven, og disse viser at kommunikasjon er et reelt og viktig felt i dagens sykepleiesamfunn, både for omsorg og helsefremming. Artikkene viser at tema som relasjonsbygging, livskvalitet og kommunikasjonsstrategier har stor sammenheng og påvirker hverandre, og at alle disse tre komponentene er viktige fokusområder i sykepleie.

3.1. Artikkelmatrise

I dette delkapittelet presenterer jeg artikkelmatriser for de inkluderte artikkene, som omhandler hensikt, metode, resultat samt relevans for problemstillingen.

Tabell 3.1 Artikkelmatrise

Referanse: Pitts, E., Wylie, K., Loftus, A.M. & Cocks, N. (2022). Communication strategies used by Parkinson's nurse specialists during healthcare interactions: A qualitative descriptive study. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 78(6), 1773 – 1786. https://doi.org/10.1111/jan.15196			
Hensikt	Metode	Resultat	Relevans
Formålet med denne studien var å utforske hvordan sykepleiere som har spesialisert seg i Parkinsons sykdom bruker kommunikasjonen når de samtaler med pasienten. Studien inkluderer også en beskrivelse av viktige kommunikasjonsstrategier som bygger relasjon i møte med Parkinson – pasienten.	Kvalitativt studiedesign med refleksiv tematisk analyse. Grunnet Covid-19 besto studien av nettbaserte semistrukturerte intervjuer, noe som er en svakhet ved denne studien, da kvalitative studier skal ta utgangspunkt i samtaler med pasienten. Ni sykepleiere som har spesialisert seg i Parkinson deltok i studien, som ble gjennomført mellom august og oktober 2020. Gjennom intervjuer utforsket studien helsekommunikasjon, med fokus på hvordan Parkinson-sykepleierne brukte kommunikasjonen, hvilke faktorer som påvirket valget av strategi, og hvordan sykepleierne lærte å oppnå god kommunikasjon med Parkinson-pasienten.	Sykepleierne beskrev viktigheten av å opprettholde gode relasjoner med Parkinson-pasienten og sikre toveis-forståelse. Studien fant ut at tilrettelegging av kommunikasjon kan redusere pasientens kognitive belastning. Det som påvirket valget av kommunikasjonsstrategi var sykepleierens kunnskap om pasienten, sykdommen og dens symptomer. For å oppnå god kommunikasjon med Parkinson-pasienten ble læring gjennom ens egen og andres erfaringer, samt god utdanning og lesing av forskning ansett som viktig.	Relevant fordi den undersøker kvalitativ opplevelse og erfaringer fra sykepleie-perspektivet med funn relatert til viktigheten av riktig bruk og tilrettelegging av kommunikasjonsstrategier og dens positive helseeffekter. Skapelsen av relasjon mellom pasient og sykepleier er også relevante funn for denne oppgaven.

Referanse: Kourkouta, L & Papathanasiou, I.V. (2014). Communication in Nursing Practice. *Materia socio-medica*, 26(1), 65–67

Hensikt	Metode	Resultat	Relevans
<p>Kommunikasjon er et viktig fokusområde i sykepleien på alle områder, som ved forebygging, behandling, rehabilitering, veiledning og helsefremmende arbeid.</p> <p>Sykepleieprosessen som en vitenskapelig metode oppnås gjennom dialog samt ferdigheter og kunnskap innenfor verbal kommunikasjon. Denne studien ville undersøke viktigheten av god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier.</p>	<p>Review-artikkel/ oversiktsartikkel</p> <p>basert på artikler som omhandler kvalitative studier og forskning innenfor relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier, samt hvordan dette kan oppnås gjennom kommunikasjon. Artikkelen er også basert på studier som omhandler positive effekter av riktig kommunikasjonsbruk.</p>	<p>Evnen til å kunne kommunisere godt med pasienten er ikke bare basert på en medfødt evne som varierer fra person til person, men kan oppnås med trening og opparbeiding av erfaring som sykepleieren tilegner seg.</p> <p>God kommunikasjon forbedrer også kvaliteten på omsorgen som gis til pasientene. I tillegg anses det som en forutsetning for å bygge et genuint og meningsfullt forhold mellom pasient og sykepleier.</p> <p>Så for at moderne sykepleie som en tjeneste med kvalitet skal oppnås, er det nødvendig med dialog og en god relasjon som utvikler seg personlig med hver enkelt pasient, spesielt i vårt moderne flerkulturelle samfunn.</p> <p>Å benytte seg av riktig kommunikasjons-teknikk er viktig for oppnåelse av både relasjon og kvalitet på sykepleien.</p>	<p>Relevant fordi artikkelen tar opp temaer som relasjonsbygging, kvalitet og bruken av kommunikasjon. Denne artikkelen inkluderer ikke diagnosen Parkinsons sykdom eller andre diagnoser, men ser kommunikasjon ut fra et generelt sykepleieperspektiv.</p> <p>Denne artikkelen kan styrke oppgaven fordi resultatet viser hvordan sykepleier skal tilpasse seg hver enkelt pasient og viser de positive effektene av dette gjennom god kommunikasjon.</p>

Referanse: Kuehne, M., Polotzek, L., Haghikia, A., Zaehle, T. & Lobmaier, J.S. (2022). I spy with my little eye: The detection of changes in emotional faces and the influence of facial feedback in Parkinson disease. *European journal of neurology*, 30(3), 622-630 <https://doi.org/10.1111/ene.15647>

Hensikt	Metode	Resultat	Relevans
<p>Pasienter med Parkinsons sykdom blir etter tid mindre og mindre i stand til å vise ansiktsmimikk, grunnet nedsatt evne til å bevege ansiktsmuskulaturen. Sykdommen involverer også utfordringer med å gjenkjenne følelser som andre personer formidler. Hos pasienter med Parkinson har det i nyere studier blitt vist at de har redusert ansiktsmimikk, som kan bidra til de fremtredende utfordringene med følelsesgjenkjenning. Denne studien ville undersøke Parkinson-pasientens evne til å uttrykke og forstå ansiktsmimikk og sammenligne dette opp mot friske mennesker.</p>	<p>Denne studien besto både av et kvantitativt og kvalitativt studiedesign. 20 pasienter med idiopatisk Parkinson og 20 friske mennesker deltok i studien. Disse deltok i en klassisk ansiktsmimikk-manipulasjon som gikk ut på å holde en penn på tre forskjellige måter (i tennene, leppene og i den ikke-dominerende hånden), mens de utførte følelsesmessige endrings-oppgaver med ansiktet. Ved familiariserings-oppgaven skulle deltakerne svare på hvilket ansiktsuttrykk som ble vist på en skjerm. Ved oppdagelses-oppgaven skulle deltakerne trykke på en knapp når kvinnen som ble vist på skjermen endret følelse. Følelsen endret seg da gradvis til en annen, og omfattet til sammen 40 sekvenser.</p>	<p>Studien viste at pasienter med Parkinsons sykdom har problemer med å oppdage følelsesmessige endringer i ansiktsuttrykk. Resultatet viste at det ikke er motpartens fravær av ansiktsuttrykk i seg selv som påvirker pasientens evne til å vise ansiktsuttrykk, men skyldes kognitive forstyrrelser. Redusert ansiktsmimikk og svekket følelsesgjenkjenning påvirker i stor grad det sosiale velværet og livskvaliteten til disse pasientene.</p>	<p>Relevant fordi studien viser til viktigheten av non-verbal kommunikasjon og forklarer hvorfor pasienter med Parkinson har problemer med både å formidle følelser og gjenkjenne ansiktsuttrykk som sykepleieren formidler. Den inkluderer også ansiktsmimikkens påvirkning på sosialt velvære og livskvalitet som kan trekkes inn i oppgaven.</p>

Referanse: Takahashi, K., Kamide, N., Suzuki, M & Fukuda, M. (2016). Quality of life in people with Parkinson's disease: the relevance of social relationships and communication. *The Journal of Physical Therapy Science*, 28(2), 541 – 546. <https://doi.org/10.1589/jpts.28.541>

Hensikt	Metode	Resultat	Relevans
<p>Å opprettholde høy livskvalitet er viktig for pasienter med Parkinsons sykdom. Livskvalitets-skalaene som er i bruk for å måle pasienters livskvalitet har flere negative sider ved at de ikke vurderer alle livskvalitetsdomener eller dens betydning for hvert enkelt individ. Derfor ble en ny livskvalitetsskala: «Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weighting» tatt i bruk for å undersøke livskvalitet hos personer med Parkinsons sykdom.</p>	<p>Kvalitativt studiedesign. Femten personer med idiopatisk Parkinsons sykdom med gjennomsnittsalder på 80,0 år ble intervjuet ved bruk av «Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weighting». Dette er et semistrukturert intervjuverktøy. Dette verktøyet som målte pasientens livskvalitet ble testet ved å sammenligne den med:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sykdoms-spesifikk livskvalitet (PDQ-39) 2. Motorisk funksjon (Unified Parkinsons Disease Rating Scale Part III) 3. Dagliglivets aktiviteter (Barthel Index). 	<p>Sosiale relasjoner er viktig for pasientens livstilfredshet. Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weighting var ikke signifikant korrelert (som betyr at de ikke hadde sammenheng) verken med PDQ-39, Unified Parkinsons Disease Rating Scale Part III eller Barthel Index, men var signifikant korrelert (hadde sammenheng) med «kommunikasjon»-dimensjonen i PDQ-39. Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weighting oppdaget viktige sider av pasientens livskvalitet, spesielt viktigheten av sosiale relasjoner med familie og venner. «Å bli hørt» er også en essensiell komponent som gir livsglede siden det gir pasienter en følelse av aksept og trygghet, noe som resulterer i økt livskvalitet.</p>	<p>Relevant fordi studien resulterte i at sosiale forbindelser og aktiv lytting fører til økt livskvalitet, som svarer godt på problemstillingen. I tillegg sammenlignes livskvalitets-skalaene «Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weighting» og «PDQ-39» som er relevant da disse beskriver hva det er som påvirker pasientens livskvalitet, som kan knyttes opp mot hvordan og hva sykepleieren kan bidra med til å øke disse komponentene som fører til redusert livskvalitet.</p>

Referanse: Ireland, S., Carroll, V., Blanchard, D. & Rossiter, R. (2022). Recognising and responding to communication and swallowing difficulties in Parkinson's disease. *Australian journal of general practice*, 51(4), 239 – 244. <https://doi.org/10.31128/AJGP-07-21-6094>

Hensikt	Metode	Resultat	Relevans
Formålet med denne artikkelen er å øke bevissthet om viktigheten av å identifisere kommunikasjon- og svelgvansker som pasienter med Parkinsons sykdom opplever.	Review-artikkel/ oversiktsartikkel basert på artikler som omhandler pasientens subjektive opplevelse rundt utfordringer med kommunikasjon og svelgvansker. Parkinson-pasienten Trevor og hans kone Patricia deltok også i studien og delte deres perspektiv og opplevelser angående temaet som er med på å underbygge teorien og resultatet av forskningen.	Vanskeligheter med tale, språk og svelging er et hverdagslig problem ved alle stadier av Parkinsons sykdom. Medisiner som hjelper mot motoriske symptomer fungerer ikke alltid for disse vanskelighetene. Tidlig identifisering og henvisning til logoped for talevansker samt kostholdseksperter for svelgevansker har vist seg å være effektiv hjelp for pasienter med Parkinsons sykdom. Dette har ført til økt livskvalitet samt redusert risiko for tidlig død på grunn av aspirasjon. Allmennlegen spiller en sentral rolle for identifisering av disse problemene samt igangsetting av tverrfaglige team for opprettelse av tiltak.	Relevant fordi artikkelen gir en god oversikt over vansker og utfordringer angående kommunikasjon som pasienter med Parkinson opplever. Artikkelen understreker viktigheten av at helsepersonell identifiserer disse problemene. Den inkluderer også livskvalitet på flere punkter som er meget relevant for problemstillingen, spesielt når det gjelder temaet kommunikasjon.

Referanse: Schonenberg, A. & Prell, T. (2022). Measuring quality of life with the Parkinson's Disease Questionnaire-39 in people with cognitive impairment. *PLoS ONE*, 17(4), e0266140. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266140>

Hensikt	Metode	Resultat	Relevans
<p>Livskvalitet er et viktig fokusområde i helsevesenet. Det er imidlertid uklart om kognitivt svekkede personer med Parkinsons sykdom pålitelig kan selvrapporere livskvalitet. Derfor blir pasientene ofte ekskludert fra studier basert på kognisjonstester. Formålet med denne analysen var å vurdere validiteten til «Parkinsons Disease Questionnaire-39 (PDQ-39)» hos pasienter med Parkinsons sykdom uten kognitiv svikt.</p>	<p>Kvantitativt studiedesign. Totalt 221 innlagte pasienter med Parkinsons sykdom på nevrologisk avdeling ble rekruttert fra januar 2019 til januar 2020. Inklusjonskriterier besto av Parkinsons sykdom som primærdiagnose samt fravær av alvorlig demens og delirium. Pasientene ble delt inn i to grupper; den ene besto av Parkinson-pasienter med mild demens, og den andre som ikke skåret for demens. Pasientenes livskvalitet ble målt ved hjelp av PDQ-39; et selvrapporerende spørreskjema på en 4-punkts Likert-skala. PDQ-39 inneholder åtte underkategorier som omhandler mobilitet, ADL, velvære, stigmatisering, sosial støtte, kognisjon, kommunikasjon og kroppslig ubehag. Becks Depression Inventory-II (BDI-II) ble brukt til å vurdere depresjon.</p>	<p>94 pasienter viste kognitiv svikt, mens 127 pasienter hadde mild/ingen svekkelse. PDQ-39s interne innhold var tilstrekkelig for de fleste underkategoriene, men var utilstrekkelig i underkategoriene stigmatisering, sosial støtte og kommunikasjon. PDQ-39 kan brukes til å måle livskvaliteten hos kognitivt svekkede Parkinson-pasienter, og derfor bør testresultater som indikerer kognitiv svikt alene ikke føre til ekskludering av Parkinson-pasienter fra kliniske studier.</p>	<p>Relevant fordi forskningen viser hvor relevant det er å måle livskvaliteten hos pasienter med Parkinsons sykdom, og viser at PDQ-39 kan brukes til måling av livskvalitet hos Parkinson-pasienter med kognitiv svekkelse.</p>

Referanse: Sanchez-Luengos, I., Lucas-Jimenez, O., Ojeda, N., Pena, J., Gomez-Esteban, J., Gomez-Beldarrain, M.A., Vazquez-Picon, R., Foncea-Beti, N & Ibarretxe-Bilbao, N. (2022). Predictors of health-related quality of life in Parkinson's disease: the impact of overlap between health-related quality of life and clinical measures. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 31(11), 3241 – 3252.

<https://doi.org/10.1007%2Fs11136-022-03187-y>

Hensikt	Metode	Resultat	Relevans
Formålet med denne studien var å analysere hvordan tilstander som angst, depresjon, apati, tretthet og motoriske symptomer påvirker helserelatert livskvalitet hos pasienter med Parkinsons sykdom, og forsket også på overlapping mellom disse.	<p>Kvantitativt studiedesign. 108 pasienter med Parkinsons sykdom deltok i studien. For å oppnå et tallfestet mål på pasientenes helserelaterte livskvalitet ble det brukt Parkinsons Disease Questionnaire-39 (PDQ-39).</p> <p>Regresjonsanalyser ble utført på to måter: Den ene måten gikk ut på å inkludere de emosjonelle velvære-spørsmålene fra PDQ-39. Mens den andre analysen ble utført ved å fjerne disse spørsmålene og ikke ta hensyn til disse, for å kunne utforske den eventuelle overlappingen mellom depresjon, angst, og helserelatert livskvalitet.</p>	<p>Pasientens helserelaterte livskvalitet var påvirket av tretthet (16,5% av pasientene), angst (6,1%), motoriske symptomer (3,9%) og depresjon.</p> <p>Pasientens mobilitet samt daglige aktiviteter ble påvirket av fatigue, som igjen påvirket pasientens livskvalitet. Disse funnene viste viktigheten av å identifisere og kontrollere pasientens helserelaterte livskvalitet og å opprette kliniske tiltak for å få en nøyaktig tolkning.</p>	<p>Relevant fordi artikkelen viser at fatigue, sykdommens motoriske symptomer og psykiske tilleggsdiagnoser som angst og depresjon har stor innvirkning på Parkinson-pasientens livskvalitet.</p> <p>For å kunne bidra til økt livskvalitet hos pasienten og utføre helsefremmende arbeid er dette er viktig kunnskap for sykepleieren.</p>

Referanse: Chen, Y.W., Huang, C.Y., Chen, J.H., Hong, C.T., Wu, C.Y. & Chang, E.H. (2022). Living with Parkinson's disease: disease and medication experiences of patients and caregivers. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 17(1), 2018769. <https://doi.org/10.1080%2F17482631.2021.2018769>

Hensikt	Metode	Resultat	Relevans
<p>Både symptomer og medisinbruk hos pasienter med Parkinsons sykdom kan være en faktor som påvirker livskvaliteten til pasienten, men det kan også ha påvirkning på hans omsorgspersoner som både kan være pårørende og helsepersonell. Tidligere forskning fokuserte sjelden på pasientenes erfaringer med medisiner og hvordan dette hadde påvirkning på livskvaliteten. Denne studien hadde som formål å utforske både medisinerfaring og generell livserfaring om hvordan det er å leve med Parkinsons sykdom ut fra både et pasient-perspektiv og helsepersonell-perspektiv.</p>	<p>Pasienter diagnostisert med Parkinsons sykdom i over to år ble rekruttert fra en poliklinikk i Taiwan. Semistrukturerte dybdeintervjuer ble gjennomført basert på Common Sense Model. Totalt ble 15 pasienter og åtte omsorgspersoner intervjuet. En kvalitativ analyse ble brukt for å identifisere fremtredende temaer. Fem temaer ble forsket på:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Symptomer og hjelpesøkende atferd før diagnosen. 2. Emosjonelle påvirkninger og livstilpasninger etter stilt diagnose. 3. Livets påvirkning av medisiner 4. Erfaringer fra omsorgspersoner i å ta vare på Parkinson-pasienten 5. Kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. 	<p>Pasientenes hverdag ble i stor grad påvirket av sykdommens symptomer samt medisinbivirkninger, i form av at pasienten ofte justerte sine daglige planer etter dette. Omsorgspersoner sliter med positivitet til å støtte pasientene. Å være mer oppmerksom på å gi medisin-informasjon, mental støtte og kommunikasjonen i seg selv er nødvendig for å forbedre livskvaliteten til pasienten.</p>	<p>Relevant fordi resultatene underbygger viktigheten av kommunikasjonen sin påvirkningskraft på pasientens livskvalitet, og at økt oppmerksomhet rundt kommunikasjon øker livskvaliteten. I tillegg viser artikkelen at relasjonsbygging er et viktig tema i prosessen for økt livskvalitet, som kan trekkes inn i oppgaven. Byrdene omsorgspersonene opplever er også relevant, da det kan redusere pasientens livskvalitet.</p>

3.2. Sammenfattet resultat av forskningen

I dette kapitlet presenterer jeg et sammenfattet resultat av den tematiske analysen av forskningsartiklene. Hovedfunnene er tematisert etter funn om relasjonsbygging og sykepleierens kommunikasjon, som ser pasientens livskvalitet i sammenheng.

3.2.1. Relasjonsbygging

Relasjonsbygging oppnås gjennom kommunikasjon.

Artikkel A og B viser viktigheten av å opprettholde gode relasjoner med Parkinson-pasienten for at sykepleien skal ha kvalitet, samt at denne relasjonen kan skapes gjennom riktig kommunikasjonsbruk og ferdigheter innenfor verbal- og nonverbal kommunikasjon. God kommunikasjon forbedrer både tjenestens kvalitet på omsorgen som gis til pasientene, men det anses også som en forutsetning for å bygge et genuint og meningsfullt forhold mellom pasient og sykepleier. Artikkel D viser at aktiv lytting er et kommunikasjonsverktøy som fører til relasjonsbygging. For at en god relasjon med pasienten skal oppnås er det nødvendig med dialog og et godt mellommenneskelig miljø som utvikler seg personlig med hver enkelt pasient. Derfor er tilrettelegging av kommunikasjon og bruk av kommunikasjons-strategier i møte med Parkinson-pasienten viktig for å bygge relasjon, som beskrives nærmere i delkapittel 3.2.2: sykepleierens kommunikasjon.

Relasjonsbygging øker livskvaliteten.

Artikkel D og H fant ut at sosiale relasjoner med både familie, venner og helsepersonell øker pasientens livskvalitet og er viktig for pasientens livstilfredshet. I dette tilfellet vil kun relasjonen med sykepleieren bli tatt hensyn til, da det er dette oppgaven spør om. Artikkel D oppdaget ved bruk av «Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weighting» at spesielt sosiale relasjoner har stor påvirkning på pasientens livskvalitet. I tillegg ble det i denne artikkelen vist at relasjonsbygging gir pasienten en følelse av trygghet og aksept, noe som resulterer i økt livskvalitet. Artikkel H underbygger dette ved å vise at mental støtte fra sykepleier og god kommunikasjon øker relasjonsbyggingen som igjen påvirker livskvaliteten positivt. På den andre siden er det vist at helsepersonell opplever utfordringer med å gi omsorg til disse pasientene på grunn av kommunikasjons-symptomene som kan gjøre relasjonsbygging utfordrende og dermed redusere pasientens livskvalitet. Dette

kan konkluderes med at relasjonsbygging er et meget viktig tema i prosessen for økt livskvalitet, som fører med seg både positive helseeffekter, men også utfordringer kan oppstå.

3.2.2. Sykepleierens kommunikasjon

Viktigheten av sykepleierens kompetanse

Alle de inkluderte artiklene viser på ulike måter at sykepleierens kompetanse har betydning for kvaliteten på kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient, og flere artikler viser at dette har betydning for pasientens livskvalitet. Artiklene beskriver ulike kunnskapsfelt som omhandler kommunikasjon, som sykepleieren bør inneha for å kunne kommunisere godt og effektivt med pasienten. Det finnes mange ulike kommunikasjonsstrategier som kan brukes for å gjøre kommunikasjonen med pasienten enklere. Artikkelen A resulterte i at det som påvirker valget av kommunikasjonsstrategi var sykepleierens kunnskap om pasienten, sykdommen og dens symptomer. Artikkelen B viser at god kunnskap innenfor feltet kan forbedre kvaliteten på tjenesten som gis til pasientene ved at god kommunikasjon oppnås gjennom kunnskap, og at denne kunnskapen og ferdigheten er nødvendig ved utførelse av sykepleieprosessen. Artikkel A, B, E og H viser at kunnskapsfeltet som omhandler relasjonsbygging, tilrettelegging av kommunikasjon, ulike kommunikasjonsstrategier og kunnskap om pasientens utfordringer med kommunikasjon er viktig kunnskap da dette kan føre til god kommunikasjon, med pasienten i fokus. Artikkelen H viser også at kunnskap om utfordringer som kan oppstå ved en samtale med pasienten kan øke livskvaliteten, fordi sykepleieren er da bevisst og kan unngå konflikter eller løse de på en god måte. Artikkelen C resulterte i at pasientens kroppsspråk og hans forståelse av sykepleierens nonverbale kommunikasjon skyldes kognitive forstyrrelser. Dette er viktig kunnskap fordi sykepleieren kan misforstå kroppsspråket pasienten formidler som har betydning for sykepleierens oppfatning. Dette understreker viktigheten av å sikre toveis-forståelse, altså at pasienten forstår sykepleieren, men også at sykepleieren forstår pasienten, som artikkelen A beskriver. Livskvalitetsskalaene «PDQ-39» og «Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weighting» beskriver hva det er som påvirker pasientens livskvalitet, og kunnskap innenfor dette er viktig for at målet om økt livskvalitet skal nåes, som artikkelen D, F og G viser til. Dette kan knyttes opp mot hvordan og hva sykepleieren kan bidra med til å øke disse komponentene som fører til redusert livskvalitet.

Betydningen av personsentrert kommunikasjon

Personsentrert kommunikasjon er viktig i samtale med pasienten, som vil si at sykepleieren tilrettelegger kommunikasjonen til hvert enkelt individ. Artikkel A, viser til at tilrettelegging av kommunikasjon kan redusere pasientens kognitive belastning. Resultatene viser til viktigheten av at sykepleieren ikke tilrettelegger kommunikasjonen ut fra sykdommen, men ut fra pasienten som menneske. Parkinsons sykdom utvikler seg ulikt fra person til person, så tilrettelegging er spesielt viktig for å kunne oppnå god kommunikasjon med pasienten, som flere artikler viser til hvor spesielt artikkel A og B har fokus på dette. Artikkel A viser til viktige strategier som kan brukes for å tilrettelegge kommunikasjonen, som å sette seg inn i pasientens situasjon gjennom empati og aktivt lytte til det han formidler. Dette er noe sykepleieren oppnår gjennom opparbeiding av erfaring, ifølge artikkel B, samtidig som den viser til nødvendigheten med god relasjon som utvikler seg personlig med hver enkelt pasient gjennom tilrettelegging. Disse artiklene har mye fokus på den verbale kommunikasjonen, men på den andre siden viser artikkel C til viktigheten av å tilrettelegge den nonverbale kommunikasjonen til hver enkelt pasient, nettopp fordi Parkinson-pasienten har utfordringer med både å formidle og forstå ansiktsmimikk.

Betydningen av verbal- og nonverbal kommunikasjon

Det finnes to ulike typer kommunikasjon; verbal- og nonverbal kommunikasjon. Artikkel A, B, C, og D trekker inn viktige fokusområder for god kommunikasjon. Både artikkel A, B og C viser til ulike kommunikasjonsteknikker som bør brukes i samtale med pasienten. Artikkel A, B og D trekker inn både verbal og nonverbal kommunikasjon, mens artikkel C har fokus på nonverbal kommunikasjon. Når vi ser disse i sammenheng ser vi at tema som aktiv lytting, empati og sykepleierens formidlingsevne handler om både verbal og nonverbal kommunikasjon, og påvirker hverandre i den grad at de kan styrke hverandre, eller virke motstridende. Dersom den verbale og nonverbale kommunikasjonen er motstridende, kan dette gjøre relasjonsbygging utfordrende. Artikkel A viser også til konkrete kommunikasjonsstrategier, som å si en setning om gangen med et tydelig språk og vise at en har god tid, samtidig som sykepleieren gir pasienten tid til å reflektere og svare, fordi Parkinson-pasienten trenger tid til både å oppfatte og finne ord. Artikkel C viser til at pasienten har problemer med å oppfatte sykepleierens ansiktsmimikk grunnet kognitive forstyrrelser. Dette kan føre til misforståelser og det er derfor viktig at sykepleieren er konkret og tydelig i språket som

formidles. Artikkel D reflekterer over temaet aktiv lytting, og dersom pasienten føler seg hørt som kan oppnås gjennom både verbal og nonverbal kommunikasjon, er dette en faktor som spiller inn i relasjonsbyggingen da det gir en følelse av aksept og trygghet, som igjen øker pasientens livskvalitet. For å oppnå god kommunikasjon må sykepleieren altså ha fokus på dens verbale kommunikasjon, altså det sykepleieren formidler med ord, og dens nonverbale kommunikasjon ved å være oppmerksom på eget kroppsspråk. Dette kan i helhet forbedre kvaliteten på omsorgen som gis til pasienten, som artikkel B viser til.

4. Diskusjon

I dette kapittelet blir funnene i den tematiske analysen drøftet opp mot problemstillingen: ***«Hvordan kan sykepleier bruke kommunikasjon til å bedre pasientens livskvalitet ved Parkinsons sykdom på sykehjem?»***

Det blir benyttet aktuell teori fra kapittel 1 og pensumlitteratur. Først drøftes Parkinson-pasientens utfordringer med kommunikasjon, og hvordan sykepleieren kan tilrettelegge kommunikasjonen slik at mottakeren forstår budskapet, som trekkes opp mot livskvalitetsbegrepet. Problemstillingen setter pasientens livskvalitet i fokus, og for å kunne oppnå økt livskvalitet ved bruk at kommunikasjonen kan sykepleieren bruke kommunikasjonsstrategier i prosessen.

Viktige forutsetninger for å kunne oppnå målet med økt livskvalitet, som fokus på både verbal- og nonverbal kommunikasjon og etablering av relasjon mellom pasient og sykepleier trekkes frem. Artikkel A viser til flere kommunikasjonsteknikker, mens artikkel B, C og D beskriver kommunikasjonens påvirkning på livskvaliteten, som artikkel E og F underbygger ved at de har fokus på livskvalitetsskalaer hvor viktige faktorer som øker livskvaliteten kommer frem, og blant disse er kommunikasjon en viktig faktor. Dette skal nå drøftes opp mot pensumteori. Svikt som kan oppstå i kommunikasjonsprosessen blir deretter drøftet, sammen med temaet tolkning av budskap. Til slutt diskuterer jeg styrker og svakheter med arbeidet i selve litteraturstudiet, før jeg oppsummerer og konkluderer drøftingen.

4.1. Pasientens utfordringer påvirker kommunikasjonen

Det er ulike grunner til at pasienter med Parkinsons sykdom får problemer med både å kommunisere og oppfatte verbal og nonverbal kommunikasjon (Sand et al., 2019, s. 142). Tremor kan for eksempel gjøre det ekstra vanskelig for pasienten å kommunisere grunnet skjelvingen rundt og i munnpartiet (Ørn & Gransmo, 2017, s. 335). Det er derfor viktig å gi pasienten god tid til å svare, som artikkel A og B understreker. Artiklene viser til at dette kan gjøres ved bruk av nonverbal kommunikasjon, ved å sette seg ned, ha blikkontakt med pasienten, vise empati samt at sykepleieren er til stede og lytter aktivt, som også Heyn (2021) beskriver viktigheten av. Kommunikasjonen kan også bli vanskeligere grunnet akinesi, hvor pasienten får nedsatt evne til å utføre viljestyrte bevegelser (Stubberud et al., 2016, s. 278). Akinesien rammer både talemuskulaturen, muskulaturen rundt øynene og ansiktsmuskulaturen. Akinesi i talemuskulaturen fører til at pasienten får dysartri med lav og utydelig monoton stemme, som etter hvert går over til hvissing, fordi den nedsatte muskelkraften reduserer både artikulasjonen, stemmestyrken og stemmevariasjonen. Kommunikasjon med Parkinson-pasienten kan derfor være ekstra utfordrende, da det kan oppstå misforståelser grunnet at pasienten ikke får formidlet det han ønsker. Artikkel A viser til viktigheten av å sikre toveis forståelse, ved at sykepleieren spør om pasienten har forstått innholdet. Heyn understreker også viktigheten av at sykepleieren bekrefter forståelse av det pasienten sier, både for at pasienten skal vite at han blir hørt og forstått, men også for å unngå misforståelser. Dette kan gjøres ved å gjenta det pasienten sier og stille oppfølgingsspørsmål. Artikkel A viser også til at lukkede spørsmål kan være effektivt, da det er lettere for pasienten å svare på «ja/nei»-spørsmål.

Et såkalt maskeansikt blir fremtredende når pasienten blir mimikkfattig, samt når akinesien når muskulaturen rundt øynene som medfører et stirrende blick med nedsatt evne til blinking og bevegelse av øyne (Chou, 2016). Dette gjør formidling av kroppsspråk gjennom ansiktsuttrykk utfordrende, som artikkel C har hovedfokus på. Akinesi fører også til dysfagi, som vanskeliggjør kommunikasjonen, da både sikling kan forekomme grunnet liggende spytt i munnen, samt nedsatt muskelkraft i kinnet, munnen, tunga og strupehodet (Johannessen og Widner, 2016). Pasienten uttaler derfor ordene utydelig, og kan ha vanskeligheter med å formidle kroppsspråk og gi tilbakemelding ved tiltale. Derfor er det viktig at sykepleieren er oppmerksom på eget kroppsspråk, og har kunnskap om pasientens såkalte «maskeanikt» da studier viser at dette kan misforstås og oppfattes som symptomer på depresjon (Heyn, 2021).

4.2. Etablering av relasjon mellom pasient og sykepleier

For at sykepleieren skal kunne bruke kommunikasjonen til å øke pasientens livskvalitet er relasjonsbygging et viktig fokusområde. Grunnen til at etablering av relasjon er viktig for pasientens livskvalitet er fordi relasjon mellom pasient og sykepleier fører til en følelse av aksept og trygghet som bidrar til økt livskvalitet, som både artikkel A, B, D og H viser til. Derfor vil kommunikasjonsstrategiene og verktøyene som beskrives her føre til både relasjonsbygging og økt livskvalitet.

Å bygge relasjon med pasienten kan gjøres med hjelp av tilrettelegging av kommunikasjon, som artikkel A fokuserer på. Den viser til viktigheten av at sykepleier tilpasser språket for å imøtekomme pasienten, og resulterte i at teknikker som å bruke det visuelle for å demonstrere, som for eksempel å tegne eller skrive, er et verktøy som kan bidra til at pasienten forstår det sykepleieren prøver å formidle. I tillegg viser artikkelen at det å bryte ned setninger til enkle og få ord, som er forståelig og tydelig, gjør det lettere for pasienten å oppfatte. Dette er kommunikasjonsstrategier som fokuserer på forståelse, men hvis vi ser dette i sammenheng med resultatene i artiklene B, C og D ser vi at nonverbal kommunikasjon også har stor betydning på kommunikasjonens kvalitet og relasjonsbyggingen.

Relasjonen kan bygges med tillit, som kan skapes ved hjelp av kroppsspråk gjennom at sykepleieren viser forståelse, empati og interesse. Sykepleieren kan ifølge artikkel A vise forståelse gjennom verbal kommunikasjon ved å bruke fasilitering (bruke ord for å vise interesse, som «sier du det?») og parafrasering (omformulering av det pasienten formidler). Ved bruk av fasilitering får pasienten bekreftet at sykepleieren følger med, som kan føre til at han åpner seg enda mer i form av utdypning av tema. Ved parafrasering forsikrer sykepleieren seg at han har hørt og forstått pasienten riktig, samtidig som en viser interesse som kan føre til at pasienten også her utdyper temaet. Dermed bygges relasjonen med tillit og sykepleieren får fram pasientens perspektiv, som er bidrar positivt til etablering av relasjon (Heyn, 2021, s.19).

Nonverbale kommunikasjonsverktøy som bidrar til relasjonsbygging, og dermed økt livskvalitet er signalisering av god tid, som flere av forskningsartiklene nevner. Ifølge artikkel A kan sykepleieren signalisere god tid ved å sette seg ned og ha blikkontakt med pasienten, som også viser at sykepleieren følger med (Heyn, 2021, s. 21). Dette beskriver aktiv lytting som er et fint begrep å bruke når en beskriver ulike kommunikasjonsverktøy som bygger relasjon, og handler både om å være oppmerksom på ens egen og pasientens verbale og nonverbale kommunikasjon.

Klinisk kommunikasjon omhandler utveksling av budskap mellom to eller flere aktører gjennom både verbal og nonverbal kommunikasjon (Heyn, 2021, s. 14). Gjennom kommunikasjonsprosesser gir og mottar begge parter informasjon, hvor det kan oppstå svikt i kommunikasjonen flere steder i prosessen.

Når sykepleieren formidler et budskap, skjer det først en koding av budskapet, som vil si prosessen fra sykepleieren tenker hva han vil si, til han formidler det. Dette bør skje bevisst, ved at sykepleieren bruker de ulike kommunikasjonsverktøyene i samtale med Parkinson-pasienten, som å bryte ned setninger og bruke enkle og tydelige ord, som gjør at mottakeren forstår. Kodingen kan også skje ubevisst og det er da det kan oppstå misforståelser, ifølge artikkel H, som også pensumteori underbygger (Heyn, 2021, s. 15). Dersom sykepleieren ikke er bevisst over ens egen formulering er det vanskeligere å oppdage at Parkinson-pasienten ikke har forstått budskapet, som kan gjøre relasjonsbygging utfordrende. Et eksempel er bruken av ordet «vi håper», som kan føre til en usikkerhet hos pasienten, altså om sykepleieren håper, men ikke vet. Et mål med kommunikasjonen kan derfor være treleddet kommunikasjon, som består av en sykepleier og en pasient som kommuniserer om det felles tredje samtaleemnet (Martinsen, 2005). Dette understreker viktigheten av kunnskap om ordlegging og eventuelle svikt som kan oppstå i kommunikasjonsprosessen.

4.3. Metoderefleksjon

I dette delkapittelet diskuterer jeg styrkene og svakhetene ved denne litteraturstudien. Artikkene er vurdert ut fra Evans (2002), som anses som en styrke, da det kan være et godt utgangspunkt for struktur i oppgaven. Artikkene jeg har valgt å inkludere er nyere forskning publisert mellom 2013 – 2023. Dette styrker oppgavens aktualitet og sees som en styrke. På den andre siden har jeg ikke inkludert eldre forskning, som kan sees som en svakhet da jeg ikke kan sammenligne eldre teori opp mot dagens kommunikasjonskunnskaper. Fagfeltet rundt Parkinsons sykdom vokser derimot raskt, og dette kan ha betydning for om litteraturen er tilstrekkelig oppdatert (Dalland, 2020, s.152).

Jeg har valgt å inkludere både kvalitative og kvantitative studier, som bidrar til å belyse et bredere perspektiv ved tema. Artikkene belyser både pasientperspektivet og sykepleierperspektivet som også bidrar til et bredere spekter av forståelsen om kommunikasjonens påvirkningskraft. Resultatene fra de ulike artikkene overlapper hverandre delvis, som kan sees som en styrke ved at dette viser det komplekse samspillet og

sammenhengen mellom kommunikasjonsfaktorer som påvirker livskvaliteten. På den andre siden kan dette sees som en svakhet ved at det kan bli utfordrende å svare konkret på problemstillingen samt ved diskusjon av de enkelte faktorene.

Jeg skriver alene som kan sees som en styrke da jeg har full innflytelse, og dermed får flyt i oppgaven, men samtidig har jeg ingen felles forståelse med en annen part, som kan sees som en svakhet. En annen styrke ved denne oppgaven er at jeg har funnet artikler som underbygger tidligere beskrevet teori, samtidig som jeg har benyttet sekundærlitteratur (som f.eks. pensumbøker). Jeg har oversatt artiklene fra engelsk til norsk, noe som kan sees som en svakhet, da noe innhold kan tolkes feil eller misforstås.

4.4. Konklusjon

Oppgavens hensikt var å undersøke hvordan sykepleierens kommunikasjon kan føre til økt livskvalitet hos Parkinson-pasienten. Jeg har gjennomført et litteraturstudium hvor jeg har analysert studier av kommunikasjonsstrategier og dens påvirkning på pasientens livskvalitet. Analysen har bidratt til å identifisere livskvalitetens positive følger av riktig kommunikasjonsbruk, samt hvordan sykepleieren kan bruke kommunikasjonen. Oppsummert belyses følgende hovedtemaer: relasjonsbygging gjennom kommunikasjon, økt livskvalitet gjennom relasjonsbygging og riktig kommunikasjonsbruk, viktigheten av sykepleierens kommunikasjons-kompetanse.

Resultater fra de valgte artiklene viser til viktigheten av å måle pasientens livskvalitet for å kunne se en eventuell bedring eller forverring i livskvaliteten. Målet med sykepleierens kommunikasjon er i denne oppgaven å øke pasientens livskvalitet, og for å kunne finne ut om målet er nådd, kan livskvalitetsskalaene PDQ-39 og «Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weighting» brukes, ifølge artikkel D, F og G. Artiklene sammenlignet ulike livskvalitetsskalaer for å finne ut både hva som påvirker pasientens livskvalitet, og hvilken livskvalitetsskala som er best egnet til måling. Resultatene viser at PDQ-39 er godt egnet til måling av pasientens livskvalitet, fordi den innebærer måling av tretthet, angst, motoriske symptomer, depresjon og fatigue. Disse områdene har stor påvirkning på pasientens livskvalitet ifølge artikkel G.

Oppgaven har vist at personsentrert kommunikasjon har stor betydning for pasientens livskvalitet, da det fører til relasjonsbygging. Oppgaven viser også at fokus på både verbal- og

nonverbal kommunikasjon fra både sykepleierens, men også pasientens side er viktig for å oppnå god kommunikasjon, da begge typer kommunikasjon kan enten underbygge- eller motarbeide hverandre, som kan føre til misforståelser og utfordringer med etablering av relasjon. Kommunikationsverktøy som sykepleieren kan benytte seg av for å øke pasientens livskvalitet er oppsummert sagt; aktiv lytting, empati, støtte og relasjonsbygging. Disse begrepene viser et bredt spekter av strategier, som å vise god tid ved å sette seg ned, vise interesse samt at sykepleieren viser at en bryr seg om pasienten og det han formidler, i tillegg til blikkontakt, og tydelige, enkle setninger. For å oppnå god kommunikasjon og gjennom dette øke livskvaliteten må altså sykepleieren tilpasse kommunikasjonen ut fra hver enkelt pasient, da det er ulikt hvor mye Parkinson-pasienten forstår sykepleieren. Motstridende funn ble ikke funnet, da resultatene fra de valgte artiklene underbygger hverandre, som viser at resultatene samt svaret på oppgaven er relevante og tydelige.

Referanser

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco, Jossey-Bass

Bang Nes, R., Hansen, T & Barstad, A. (27. august, 2018). *Livskvalitet: Anbefalinger for et bedre målesystem* (IS Rapport 2727). Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/livskvalitet-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem/Livskvalitet%20%E2%80%93%20Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20m%C3%A5lesystem.pdf/_attachment/inline/e6f19f43-42f9-48ce-a579-2389415a2432:8d0fbf977b7dbd30e051662c815468072fb6c12c/Livskvalitet%20%E2%80%93%20Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20m%C3%A5lesystem.pdf

Beiske, A.G., Loge, J.H., Rønningen, A. & Svensson, E. (2009). Pain in Parkinson's disease: Prevalence and characteristics. *Pain*, 141(1), 173 – 177.

Chen, Y.W., Huang, C.Y., Chen, J.H., Hong, C.T., Wu, C.Y. & Chang, E.H. (2022). Living with Parkinson's disease: disease and medication experiences of patients and caregivers. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 17(1), 2018769.
<https://doi.org/10.1080%2F17482631.2021.2018769>

Chou, K.L. (2016). *Clinical manifestations of Parkinson disease*. UpToDate, januar.
www.uptodate.com

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.

Evans, D. (2002). *Systematic reviews of interpretive research: interpretive data*

Folkehelseinstituttet. (2018, 12. november). *Levodopa formulert som inhalasjon til behandling av idiopatisk Parkinsons sykdom*. Folkehelseinstituttet.
https://legemiddelverket.no/Documents/Offentlig%20finansiering%20og%20pris/Metodevarsling/L/LM08518_Levodopa%20formulert%20som%20inhalasjon%20til%20behandling%20av%20idiopatisk%20Parkinsons%20sykdom.pdf

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier*. 4. utg. Natur & Kultur.

Gammersvik, Å & Larsen, T.B. (2018). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (2. utg.). Fagbokforlaget.

Helse- og omsorgsdepartementet (2000). *Forskrift om prioritering av helsetjenester*. www.lovdata.no

Helsebiblioteket. (2016, 24. oktober). *Medisinske og helsefaglige termer/MeSH på norsk og engelsk*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/legemidler/legemiddelaktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>

Helsebiblioteket. (2017, 23. mars). *Gode kilder for kunnskap om Parkinsons sykdom*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/nevrologi/gode-kilder-for-kunnskap-om-parkinsons-sykdom>

Helsebiblioteket. (u.å.). *CINAHL*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl>

Heyn, L.G. (2021). *Klinisk kommunikasjon*. Gyldendal Akademisk

Haarh, A., Kirkevold, M., Hall E.O.C. & Østergaard, K., (2011). Living with advanced Parkinson's disease: a constant struggle with unpredictability. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 408 – 417.

- Ireland, S., Carroll, V., Blanchard, D. & Rossiter, R. (2022). Recognising and responding to communication and swallowing difficulties in Parkinson's disease. *Australian journal of general practice*, 51(4), 239 – 244. <https://doi.org/10.31128/AJGP-07-21-6094>
- Johannessen, T og Widner, H. (2016). *Parkinsons sykdom*. Norsk Elektronisk Legehåndbok. Trondheim: Norsk Helseinformasjon AS. www.legehandboka.no
- Koht, J. (2021, 28. januar). *Nevrodegenerative sykdommer*. Store Medisinske Leksikon. https://sml.snl.no/nevrodegenerative_sykdommer
- Kourkouta, L & Papatasiou, I.V. (2014). Communication in Nursing Practice. *Materia socio-medica*, 26(1), 65–67.
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A. & Grimsbø, G.H. (2016). *Grunnleggende sykepleie – bind 1* (3. utg.). Gyldendal Akademisk
- Kuehne, M., Polotzek, L., Haghikia, A., Zaehle, T. & Lobmaier, J.S. (2022). I spy with my little eye: The detection of changes in emotional faces and the influence of facial feedback in Parkinson disease. *European journal of neurology*, 30(3), 622-630. <https://doi.org/10.1111/ene.15647>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter* av 2. juli 1999 nr. 63 (pasient- og brukerrettighetsloven). www.lovdata.no
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnhet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser. (2010). *Veiledende retningslinjer for diagnostisering og behandling ved Parkinsons sykdom*. <https://helse-stavanger.no/seksjon/NKB/Documents/Behandlingsplaner/PSK%20-%20Retningslinjer%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20ved%20Parkinsons%20sykdom.pdf>
- Nightingale, F. (2007/1860). *Notater om Sykepleie. Samlede utgaver*. Universitetsforlagets sykepleieklassikere. Oslo, Universitetsforlaget.
- Norges ledende helseopplagsverk, NHI. (2020, 22. april). *Det autonome nervesystemet*. NHI. <https://nhi.no/kroppen-var/organer/autonome-nervesystem/>
- Norges ledende helseopplagsverk, NHI. (Sist revidert: 14. februar 2023). *Hva er årsaken til Parkinsons sykdom?* NHI. <https://nhi.no/sykdommer/hjernenesystem/parkinson/parkinson-arsaker/>
- Norges Parkinsonforbund. (u.å.). *Forskning*. Hentet 02. mai 2023 fra <https://parkinson.no/om-parkinson/forskning>
- Norges Parkinsonforbund. (u.å.). *Styrk kompetansen på sykehjem!* Hentet 28. april 2023 fra <https://parkinson.no/aktuelt/styrk-kompetansen-p%C3%A5-sykehjem>
- Norges Parkinsonsforbund. (u.å.). *Om Parkinson*. Norges Parkinsonforbund. <https://parkinson.no/om-parkinson>
- Norsk Sykepleierforbund (NSF) (2007). *ICNs yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo, Norsk Sykepleierforbund.
- NTNU Universitetsbiblioteket. (u.å.). *Fagside for medisin og helse: Databaser og artikler*. Hentet 3. mai 2023 fra <https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/finn-litteratur/databaser-artikler/>
- Næss, S. (2001, 20. juni). *Livskvalitet som psykisk velvære*. Tidsskriftet. <https://tidsskriftet.no/2001/06/kronikk/livskvalitet-som-psykisk-velvaere>
- Næss, S., Mastekaasa, A., Moum, T & Sørensen, T. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. NOVA-rapport nr. 3. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

- Pitts, E., Wylie, K., Loftus, A.M. & Cocks, N. (2022). Communication strategies used by Parkinson's nurse specialists during healthcare interactions: A qualitative descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 78(6), 1773 – 1786. <https://doi.org/10.1111/jan.15196>
- Rein, J.O. (2017, 20. november). *Kan vi stole på PubMed?* Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. <https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/2017/11/20/kan-vi-stole-pa-pubmed/>
- Rodnitzky, R.L. (2015) Cognitive impairment and dementia in Parkinson disease. *UpToDate*, november. www.uptodate.com (tilgjengelig i www.helsebiblioteket.no)
- Saeedian, R.G. mfl. (2013). Self-rated health mediates the associations between functional status and health-related quality of life in Parkinson's disease. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1970 – 1977.
- Sanchez-Luengos, I., Lucas-Jimenez, O., Ojeda, N., Pena, J., Gomez-Esteban, J., Gomez-Beldarrain, M.A., Vazquez-Picon, R., Fonca-Beti, N & Ibarretxe-Bilbao, N. (2022). Predictors of health-related quality of life in Parkinson's disease: the impact of overlap between health-related quality of life and clinical measures. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 31(11), 3241–3252. <https://doi.org/10.1007%2Fs11136-022-03187-y>
- Sand, O., Sjaastad, Ø.V., Haug, E & Bjålie, J.G. (2018). *Menneskekroppen* (3. utg.). Gyldendal Akademisk
- Schonenberg, A. & Prell, T. (2022). Measuring quality of life with the Parkinson's Disease Questionnaire-39 in people with cognitive impairment. *PLoS ONE*, 17(4), e0266140. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266140>
- St.meld. nr. 47 (2008 – 2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Stubberud, D.G., Grønseth, R & Almås, H. (2016). *Klinisk sykepleie Bind 2* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Støren, K.S. & Rønning, E. (2021). *Livskvalitet i Norge 2021*. ISBN 978-82-587-1399-6. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/livskvalitet-i-norge-2021/_attachment/inline/c2d3a9a8-5dad-4745-ac05-e5f2417ffec0:b844119bf0cfaaf253f214b7ac75c316792b4624/RAPP2021-27_web.pdf
- Svartdal, F. (2021, 10. januar). *Fagfelle vurdering*. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/fagfelle-vurdering>
- Sykepleien. (11. februar 2021). *Forskere et steg nærmere å løse parkinsongåten*. <https://sykepleien.no/2021/02/forskere-et-steg-naermere-lose-parkinsongaten>
- synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), s. 22–26.
- Takahashi, K., Kamide, N., Suzuki, M & Fukuda, M. (2016). Quality of life in people with Parkinson's disease: the relevance of social relationships and communication. *The Journal of Physical Therapy Science*, 28(2), 541 – 546. <https://doi.org/10.1589/jpts.28.541>
- WHOQOL. Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403 – 1409
- World Health Organization (WHO). (1986). The Ottawa charter for health promotion. www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/
- World Health Organization. (2012). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. <https://www.who.int/tools/whoqol>
- Ørn, S. & Gransmo, E.B. (2017). *Sykdom og behandling* (2. utg.). Gyldendal Akademisk

