

Livskvalitet og demens

Kandidatnummer: 694
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgåve
i sjukepleie

Antall ord: 8320
Dato: 03.01.2023



Lovisenberg
diakonale høgskole

Samandrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 03.01.2023
Tittel Livskvalitet og demens	
<p data-bbox="162 383 1394 421"><u>Innleiing</u></p> <p data-bbox="162 421 1394 528">I innleiinga førekjem det ei beskriving bak demens og livskvalitet som vald tema, samt kva sjukepleiefagleg relevans det har. Det føreligg også ein presentasjon av problemstillinga som er:</p> <p data-bbox="162 528 1394 600"><i>” Korleis kan bruken av sansehage bidra til å auke livskvaliteten hos personar med demens?”</i></p> <p data-bbox="162 600 1394 707">Vidare kjem det teoretiske kunnskapsgrunnlaget som mellom anna omhandlar demens, livskvalitet, sansestimuli, miljøbehandling, sansehage og personsentrert omsorg som forkunnskap til diskusjonsdelen.</p> <p data-bbox="162 752 1394 790"><u>Metode</u></p> <p data-bbox="162 790 1394 969">Dette er ei litteraturstudie, som vil sei det er nytta data frå allereie eksisterande fagkunnskap, forskning og teori. For å svare på problemstillinga, vert det nytta grunnleggjande teori, fag- og forskingslitteratur, praksiserfaringar, yrkesetiske retningslinjer og aktuelle lovverk. Det blir anvendt fire fagfelleverderte forskingsartiklar, henta gjennom strukturert litteratursøk i databasen CINAHL.</p> <p data-bbox="162 1014 1394 1052"><u>Resultat</u></p> <p data-bbox="162 1052 1394 1227">Resultat av denne oppgåva har samla sett eit positivt syn på at sansehage kan vere med å verke inn på livskvalitet hos personar med demens. Dette er sett i lys av funn i forskning og teori om miljøbehandling sin effekt på meistring, sosiale relasjonar og den meiningsfulle kvardag. Det kom også konkrete tal i forhold til korleis bruken av sansehage påverka livskvalitet, agitasjon og depresjon i anvendte forskingsartiklar.</p> <p data-bbox="162 1272 1394 1310"><u>Diskusjon</u></p> <p data-bbox="162 1310 1394 1592">For å svare på problemstillinga i oppgåva er det i diskusjonen nytta evidens frå forskingsartiklar underbygd av teoretiske, etiske og juridiske aspekter. På bakgrunn av funna vert det diskutert tema som til dømes betydninga av bruken av sansehage, der det blir tatt opp meiningsfulle og positive faktorar ved denne type miljøterapi. Det vert også drøfta utfordringar ved bruk av sansehage som kan førekomme. Dette er mellom anna mangel på ressursar og værforhold, som kan hindre bebuarar i å nytte hagen. Til slutt vert det diskutert føresetnadar for bruk, som seier noko om korleis nytte sansehage for å få ein positiv effekt. Diskusjonen vert knytta opp mot teorien om personsentrert sjukepleie.</p>	

(Totalt antall ord:296)

Innholdsfortegnelse

1	Innleiing	1
1.1	Bakgrunn for val av tema	1
1.2	Sjuepleiefagleg relevans	1
1.3	Hensikt og problemstilling	2
1.4	Avgrensing.....	3
1.5	Begrepsavklaring	3
1.5.1	Demens.....	3
1.5.2	Sansehage	3
1.5.3	Livskvalitet.....	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1	Demens.....	4
2.2	Om begrepet livskvalitet	5
2.3	Sjuepleiars funksjon og rolle	6
2.3.1	Personsentrert omsorg	7
2.3.2	VIPS- modellen	7
2.4	Miljøbehandling.....	8
2.4.1	Bruk av sansehage som miljøbehandling	8
2.4.2	Sansestimuli- kvifor er det viktig?	9
3	Metode	11
3.1	Litteraturstudie som metode	11
3.2	Søkeprosessen og utval av artiklar.....	11
3.2.1	Inklusjons og eksklusjonskriterie	11
3.2.2	Søkeprosessen	12
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur	13
4	Resultat	14
4.1	Syntese av resultatata	16
5	Diskusjon	18
5.1	Resultatdiskusjon.....	18
5.1.1	Betydning av bruken av sansehage	18
5.1.2	Utfordringar ved bruk av sansehage.....	22
5.1.3	Forutsetningar for at bruken av sansehage skal ha positiv effekt.....	23
5.2	Metodediskusjon	24
5.2.1	Litteraturstudie som metode.....	24
5.2.2	Litteratursøket- avgrensingar og funn	25
5.2.3	Artiklane.....	25
6	Konklusjon	27
	Referanseliste	28
	Vedlegg	33

1 Innleiing

Det vert antatt at det lever om lag 80 000 personar med demens i Noreg, noko som er forutsett å bli dobla dei neste 30 år. Det er ei stor eldrebølgje og større delar av den norske befolkning er over 70 år. Demens er ein av dei vanlegaste årsakene til at eldre bur på sjukeheim, og mange av dei er avhengig av tilsyn og pleie døgnet rundt. (Engedal & Tveito, 2019, s. 360-363).

Dei siste åra har det skjedd endringar i korleis vi ser på menneske med ein demensdiagnose. Vi seier no «personar med demens» i plassen for «dei demente». Dette er for å setje personen som individ i sentrum, då det ikkje er diagnosen som er det einaste som kjenneteiknar dei. Då personar med demens skal beskrive sine opplevingar ved å leve med demens i relasjon til andre, vektlegg dei tre hovudtema: endringar i livet, endringar i relasjonar og naudsyntheita av å oppretthalde meiningsfulle aspekt ved livet (Eriksen et al.2016, henvist i Rokstad & Smebye, 2020, s. 47).

1.1 Bakgrunn for val av tema

Mitt val av tema er gjort på bakgrunn av jobberfaring på skjerma demensavdeling ved ein sjukeheim. Eg har jobba med denne pasientgruppa, og fått eit innblikk i deira kvardag. I mi samhandling med personar med demens har eg opplevd verdien av å skape ein meiningsfull kvardag. Ein sentral del i sjukepleia til personar med demens er å støtte og bevare eigen meistring samt opplevinga av å vere ein verdifull person (Skovdahl, 2020, s. 426). Dette har eg også opplevd som ei utfordrande oppgåve, mykje på grunn av manglande ressursar, men også i situasjonar der brukar har vanskar med å gjere seg forstått eller opptrer utfordrande. Livskvalitet hos personar med demens er dermed eit tema eg synest er svært viktig, og som eg ynskjer å finne ut korleis ein kan auke.

1.2 Sjukepleiefagleg relevans

Livskvalitet og ei oppleving av velvære er viktige overordna mål i utøvinga av sjukepleie. Målet med pleie og omsorg for pasientar med kroniske sjukdomar eller tilstandar, er å skape

ein best mogleg livskvalitet, i plassen for helbreiding. Det er den enkelte pasient si oppleving og reaksjon av eigen sjukdom eller tilstand, symptom, undersøkingar og behandling som skal danne utgangspunktet for kva sjukepleie som vert utøvd. Med dette ser ein pasientens ressursar og moglegheiter, i plassen for plager og begrensingar med sjølve sjukdomen. Når vi set livskvalitet og velvære sentralt, vert det meir fokus på pasientens eiga oppleving av situasjonen (Rustøen, 2016, s. 80). Dette ser vi også i personsentrert sjukepleie, som framhevar grunnlaget sjukepleie er bygd på (Eriksen, 2015, s. 899).

Sjukepleie til eldre menneske og sjuke pasientar er ei utfordrande oppgåve som krev brei kompetanse (Kirkevold, 2020, s. 83). Å få ein demensdiagnose, er ei stor påkjenning for personens sjølvbilete. Diagnosen og svekking av kognitive ferdigheitar fører til ei oppleving av tap. Sosiale ferdigheitar vert forandra, noko som påverkar personens relasjonar, samt opplevinga deira av fellesskap og respekt. Mange personar med demens kan ha ei kjensle av å vere mislukka, som kan føre til tilbaketrekking og isolasjon (Rokstad, 2020, s. 210-211). I fylgje yrkesetiske retningslinjer heiter det at sjukepleiar har eit ansvar for å ivareta den enkelte pasients verdigheit og integritet. Sjukepleiar skal også sørge for å fremje håp, meistring og livsmot hos pasienten, samt oppretthalde ei heilheitleg omsorg (Norsk sykepleierforbund, u.å).

1.3 Hensikt og problemstilling

Eg ynskjer å sjå på korleis miljø kan fremje trivsel, velvære og funksjon og dermed auke livskvaliteten hos den enkelte brukar. Forsking har vist at å vere ute i frisk luft kan verke inn positivt både på det fysiske og psykiske. For eldre kan det vere meningsfullt og fremje velvære ved å opphalde seg i eit trygt miljø og kunne drive med aktivitetar som til dømes hagebruk (Skovdahl, 2020, s. 426-427). Eg vil derfor i mi oppgåve ha fokus på korleis bruk av sansehage kan verke positivt inn på livskvaliteten. Problemstillinga mi lyd med det som fylgjer:

” Korleis kan bruken av sansehage bidra til å auke livskvaliteten hos personar med demens? ”

1.4 Avgrensing

I oppgåva mi har eg vald å ikkje fokusere på ein spesiell type demens. Eg vil omtale demens på ein generell basis, men halde meg til moderat til alvorleg grad av tilstanden. Dette er på grunnlag av at i den meir alvorlege gradfasen av demens har ikkje personen evne til å gjere ting på eigenhand på same måte som før, og dei fleste treng tilsyn døgnet rundt på ein sjukeheim (Skovdahl, 2020, s. 422). Dermed er oppgåva spissa til å omhandle bebuarar på sjukeheim. Dette er også på bakgrunn av mi jobberfaring ved institusjonen, samt oppgåvekontekstens relevans. Ved drøfting av begrepet livskvalitet har eg vald å forhalde meg til Næss (2011) sin definisjon av begrepet, då det føreligg ulike forståingar og opplevingar av kva god livskvalitet er.

1.5 Begrepsavklaring

Gjennom oppgåva vil eg bruke begrep som sjukepleiar og pasient/brukar for å beskrive dei ulike rollene. Fylgjande ligg det ei kort begrepsavklaring på tre av dei sentrale begrepa i oppgåva mi: demens, sansehage og livskvalitet.

1.5.1 Demens

Demens vert forstått som ei samlebetekning for ein erverva og langvarig klinisk tilstand som ofte vert forverra over tid. Tilstanden vert kjenneteikna av kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktande evne til å utføre daglegdagse aktivitetar på ein tilfredsstillande måte, samt endra sosial åtferd (Engedal og haugen 2018a, henvist i Rokstad, 2020, s. 24).

1.5.2 Sansehage

Ein sansehage er eit tilrettelagt uteareal for personar med demens som gjev moglegheit til å kome seg ut i frisk luft. I sikre og trygge omgjevnader kan ein vandre rundt på eigenhand, og ha sansestimulerande opplevingar med plantar i naturen (Skovdahl, 2020, s. 430).

1.5.3 Livskvalitet

Det er mange ulike definisjonar på livskvalitet. Eg nyttar her Næss (2011) sin definisjon: «*vi definerer livskvalitet som psykisk velvære, som en opplevelse av å ha det godt*» (Næss, 2011, s. 15).

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Demens

Demens er ikkje ein sjukdom, men eit syndrom og ei felles betegnelse på ein tilstand forårsaka av ulike organiske sjukdommar. Demens er kjenneteiknet ved kronisk kognitiv svikt, sviktande evne til å utføre daglege aktivitetar på same måte som før, samt endra sosial åtferd (Engedal & Haugen, 2018, s.18) Kognitiv svikt og demens kan gravis redusere personens aktivitet og funksjon. Når den kognitive funksjonen vert svekka mistar ein dei psykologiske evnene som er naudsynt for å meistre kvardagen, som hukommelse, evne til orientering, evne til formidling og utføring av praktiske gjeremål (Skovdahl, 2020, s. 417-438).

Alzheimers sjukdom er den vanlegaste former for demens, og utgjer minst 60 prosent av personar med demens. Etter det kjem vaskulær demens, som utgjer om lag 15 til 20 prosent. Mange har også ei blanding av desse typene, og det kan vere vanskeleg å skilje dei frå kvarandre. Demens med lewylegemer er truleg den tredje vanlegaste årsaka til demens. Dei siste to til tre prosent, er truleg knytta til den skjeldne typen frontotemporal demens (Engedal & Haugen, 2018, s. 24).

Utifrå kva type demens og kor langt ein er komen i forløpet, vil det vere ulike symptombilete. Ein kan dele symptoma inn i tre hovudgrupper: kognitive, motoriske og åtferdsmessige (Engedal & Haugen, 2018, s. 29). Svikt i dei kognitive funksjonar kan mellom anna føre til redusert merkamheit, problem med læring og hukommelse, språklege problem samt svikt i andre kognitive funksjonar. Nevropsykiatriske symptom dreiar seg om endringar i åtferdsmønster og kjenslemessige reaksjonar. Desse symptoma har ulik form, og kan til dømes sjåast som depresjon, angst, vrangførestillingar, apati, rastlausheit, aggressivitet og forandra døgnrytme. Dei motoriske symptom kjem vanlegvis lenger ut i sjukdomsforløpet, og førar til rørslesvikt og inkontinens (Rokstad, 2020, s. 31-41).

Det finns tre ulike gradar av demens: mild, moderat og alvorleg. Mild grad av demens er fasen der det vert merka av seg sjølv og av dei nærmaste at tap av hukommelse får konsekvensar i kvardagen. Ein byrjar å gløyme småting som viktige datoar, avtalar, klokkeslett og liknande. Språket kan også verte påverka og ha lite flyt og samanheng. Vedkommande klarar seg til no sjølv heime, med tilstrekkeleg tilrettelegging. Moderat grad

av demens er fasen der hukommelsen vert betrakteleg dårlegare. Konsekvenstenking og evna til problemløysing vert svekka og daglegdagse oppgåver vert vanskeleg. Vedkomande si oppleving av verda vert annleis, og personen kan ha vanskar for å orientere seg. Evna til å kommunisere og uttrykke seg vert også dårlegare. Opplevinga av å miste funksjonar og verte kognitivt svekka kan igjen føre til angst, fortvilning og depresjon. Ved alvorleg grad av demens kan personen berre hugse små brotstykke frå tidlegare liv, ha problem med å kjenne igjen og hugse sine nærmaste eller orientere seg for tid og stad. Den manglande evna for å tolke sanseintrykk kan føre til kaos og inkontinens for urin og avføring kan oppstå.

Vedkommande har no ein svært svekka språkleg funksjon, kommunikasjonsevne og kan ha problem med å styre eigne rørslar. Dette fører til at personen vil trenge tilsyn og hjelp døgnet rundt (Skovdahl, 2020, s. 422).

2.2 Om begrepet livskvalitet

Det finns ulike referansar om definering av livskvalitet. Næss (2011) forklarar begrepet som psykisk velvære, som ei oppleving av å ha det godt. Samstundes er det å ha det godt, noko meir enn å ikkje ha det vondt (Næss, 2011, s. 15-16). Livskvalitet handlar om korleis livet vert opplevd, samt kva som er eit godt liv. Den subjektive livskvaliteten omfattar positive kjensler og korleis livet vert oppfatta for den enkelte. Her spelar også opplevinga av meistring, meining og interesse inn. Den objektive livskvaliteten handlar om livssituasjonen ein er i, altså objektive ting som helsetilstand, funksjonsevne eller materielle vilkår (Nes, 2019).

Næss forklarar livskvalitet som eit psykologisk/subjektivt fenomen, i plassen for noko objektivt/materielt. Det er berre individet sjølv som kan beskrive kva hen opplever som å ha det godt. Ein person sin livskvalitet er høg i den grad personens kognitive og affektive opplevingar er positive, og låg i den grad personens bevisste kognitive affektive opplevingar er negative. Ein legg i denne forklaringa vekt på enkeltpersonens psykiske velvære. Døme på positive kjensler og vurderingar kan vere glede, kjærleik, engasjement, sjølvtilit, tilfredsheit og ei oppleving av sjølvrealisering. Døme på negative kjensler og vurderingar kan vere einsamheit, angst, trøyttheit, missnøye, skuldkjensle og opplevinga av meningslausheit. Dette vert sett på faktorar som kan verke inn på livskvaliteten, både positivt og negativt (Næss, 2011, s. 16-19). Alle menneske opplev ting ulikt og oppfattar verda på ulik måte. Noko som

kan opplevast som god livskvalitet for nokon, er ikkje nødvendigvis livsverdig for andre. Dette er på grunnlag av at vi alle har ulik bakgrunn med ulike behov og erfaringar å oppfylle (Næss, 2011, s. 46).

2.3 Sjukepleiars funksjon og rolle

Sjukepleie skal byggjast på barmhjertlegheit og omsorg, samt respekt for verdigheita til kvart enkelt menneske. Sjukepleiar har mange ulike funksjons- og ansvarsområde. Desse går ut på sjukepleiars helsefremjande og førebyggjande funksjon, lindrande og behandlande funksjon, rehabiliterande/habiliterande funksjon, undervisande og veiledande funksjon samt kvalitetssikring og forskning. Alle desse punkta er viktige i forhold til demensomsorga, men i mi oppgåve er den helsefremjande og førebyggjande funksjonen, og den behandlande funksjonen viktig i forhold til ivaretaking av livskvalitet. Integritets- og verdigheitsbevarande sjukepleie ligg sentralt i demensomsorga (Jahren Kristoffersen et al., 2011, s. 16-17).

Å ha ei kognitiv svikt, eller demens kan på mange måtar påverke personens integritet. Kjensla av meistring, og å få ting til er sentralt i augeblikkets gleder i kvardagen til personar med demens (Skovdahl, 2020, s. 428). Sjukepleiar har eit ansvar for igangsetjing av helsefremjande aktivitetar som bidreg til meistringsopplevingar, og deretter evaluere effekten av desse tiltaka (Jahren Kristoffersen et al., 2011, s. 16-17). Det er også viktig å hindre situasjonar som kan føre til at brukar føler seg mislukka. Dette kan vere tøft for personen med demens, samt dei rundt å oppleve at ein ikkje meistrar ulike aktivitetar på same måte lenger. Ethiske problemstillingar er noko ein sjukepleiar som arbeidar med personar med demens møter på kvar dag. Manglande kompetanse kan gje personar med demens vanskar med å fatte avgjersler på same måte som før. Det er dermed viktig at sjukepleiar trår fram med ein tillitsskapande dialog, og skapar kompromiss under vanskelege situasjonar. Ved dette kan autonomien til personen med demens bli ivaretatt på best mogleg måte (Skovdahl, 2020, s. 427- 428).

I helse og omsorgstenestelova §13-2 er det fastsett forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstenestene. Denne vert kalla kvalitetsforskrifta og inneheld blant anna avgjersler om kommunen sitt ansvar for å etablere eit system for å sikre at pasienten får tilfredsstilt sine grunnleggjande behov. Dette inneber at pasienten skal verte behandla med respekt og

trygghet, få dekkja sine fysiske, psykiske og sosiale behov som til dømes meningsfulle aktivitetar. Denne kvalitetsforskrifta angjev kva som er ynskt standard og kva som bør vere tilbod til pasientar i eldreomsorga, samt kva som må bli ivaretatt av sjukepleiar (Slettebø & Pedersen, 2020, s. 125-126).

2.3.1 Personsentrert omsorg

Omsorgsfilosofien «personsentrert omsorg» kjem frå den britiske sosialpsykologen Tom Kitwood. Personsentrering i sjukepleia er ein verdi som nyttast for å oppretthalde pasientens individualitet, autonomi og integritet. Det er her viktig med eit godt samarbeid i relasjonen mellom sjukepleiar og pasient slik at sjukepleiar kan setje seg mest mogleg inn i korleis pasienten har det (Kim, 2015, s. 150). Personsentrert omsorg er eit mykje brukt konsept i sjukepleieutøvinga og i helse-og omsorgssektoren generelt. Evidens frå forskning (Binnie & Titchens, 1999), antyda at å ta i bruk denne tilnærminga i utøvinga av sjukepleie gir ei meir heilheitleg omsorg. Det kunne i tillegg auke tilfredstillinga hos pasientar, i forhold til omsorgsnivået som vart gitt. For å kunne vere personsentrert, krevst det danning av terapeutiske relasjonar mellom fagpersonar, pasientar og deira pårørande. Desse relasjonane bør verte bygd på ein gjensidig tillit og forståing (McCormack, 2001, 2004) Nolan et al. 2004, Binnie & Titchen 1999, Dewing 2004, henvist i McCormack & McChance, 2006, s. 473).

Ved personsentrert sjukepleie tek ein utgangspunkt i sjølve individet og fokuserer på å sjå deira eigne verdiar, livssituasjon, behov og helseutfordringar. Det er fokus på å sjå pasienten som person bak alle dei kliniske prosedyrar sjukepleiar utøver. Det er då ein ser menneskets psykososiale behov, som også inneber trøyst, identitet, tilknytning, inkludering og å ha noko meningsfylt å drive med. Personsentrert sjukepleie framhevar det viktige grunnlaget sjukepleie er bygd på (Eriksen, 2015, s. 898-899).

2.3.2 VIPS- modellen

Dawn brooker utarbeida VIPS-modellen som ein forlenging av Tom Kitwood sin teori om personsentrert omsorg. Forkortinga VIPS står for valuing, individuals, perspective og social enviroment (Brooker & Latham, 2016, s. 11-12). VIPS-rammeverket visar til sentrale element som må vere tilstades i demensomsorga for å kunne kalle den personsentrert. Denne modellen hevdar også at ein personsentrert omsorgskultur må byggje på eit tydeleg verdigrunnlag, som

sørgjer for at personar med demens vert møtt som unike menneske gjennom heile sjukdomsforløpet (Rokstad, 2020, 56-57).

Det fyrste punktet i modellen, «valuing» står for å verdsetje personar med demens uansett alder eller kognitiv funksjon, samt fremje deira rettigheitar. Det andre punktet «individuals» handlar om å sjå og behandle personar med demens som eit unikt menneske med ei eiga livshistorie, identitet og ressursar. Desse faktorane spelar inn på korleis personen reagerer på si kognitive svikt. Det tredje punktet «perspective» handlar om at ein burde evne å sjå verda frå personen med demens sitt perspektiv. Det er her viktig å anerkjenne at kvar person har deira eiga psykologiske oppfatning dei handlar etter. Å vise empati ved dette punktet, har eit terapeutisk potensiale hevdar Brooker. Det siste punktet «enviroment» legg vekt på forståinga av at personar med demens på lik linje som andre menneske sitt liv er forankra i relasjonar. Personar med demens treng eit rikt sosialt miljø som både kompenserer for svekkinga, samt fremjar moglegheiter for personleg vekst (Brooker & Latham, 2016, s. 12).

2.4 Miljøbehandling

Miljøbehandling går under ikkje-medikamentelle tiltak. Hensikta med denne type tiltak i eit demensforløp er å hjelpe pasienten med å oppretthalde tilstrekkeleg funksjonsnivå for å kunne leve eit så normalt liv som mogleg (Wyller, 2020, s. 293). Begrepet miljøbehandling vert brukt synonymt med begrepet miljøterapi. Det vert lagt vekt på dei terapeutiske prosessar som kan mobiliserast og settast i verk i miljøet som pasienten finn seg i. Behandlinga er aktivitetsretta for å ta sikte på å betre pasientens kognitive, praktiske og sosiale evner, som igjen førar til auka sjølvfølelse og meistring (Rokstad, 2020, s. 166). Det finns mange ulike typar miljøbehandling, som har som mål å auke trivsel, velvære og livskvalitet. Sansehage er eit av desse tiltaka som har fått ei aukande merksemd siste åra til nytte i demensomsorga (Kirkevold & Gonzalez, 2012, s. 53).

2.4.1 Bruk av sansehage som miljøbehandling

Ein sansehage er eit tilrettelagt utereale for personar med demens som gjev moglegheita til å kome seg ut i frisk luft. Her kan dei ha sansestimulerande opplevingar, oppleve plantar og natur i trygge omgjevnader (Skovdahl, 2020, s. 430). Tilgangen til frisk luft, aktivisering og meistringsopplevingar er hovudformålet med utemiljøet. Denne form for miljøbehandling har

kome meir i lyset siste åra. Verdien av denne hagen kan være til stor nytte for kroppens si eiga helbreding, og for den daglege livsgleda. I ein slik hage kan dei eldre ferdast fritt, og det er rom for ulike aktivitetar som brukarane kan meistre på eigenhand. Miljøet bør leggest til rette for eldreinstutisjonar, og utviklinga av sansehagar har vore eit viktig bidrag (Rokstad, 2020, s. 169-170).

For å leggje til rette sansehagen for best mogleg bruk, er det anbefalingar om utforminga til hagane. Lokal gjenkjenningsverdi står sentralt i ein sansehage, ved at ein nyttar naturen og stadens historie i utforminga. Det er ynskjeleg å ha hagen på likt plan med innemiljøet, for å skape ein lettare tilgjengelegheit. Hagen skal skjerme personar med demens frå anna støy og forstyrringar ved hjelp av til dømes gjerde eller hekk. For å gjere området mest mogleg oversiktleg, bør det være definerte overgangar mellom gangstiar, beplanting, opphaldsareal og aktivitetsområde. Gjennom vandring på stien, kan ein passere ulike sansestimulerande element som vekker minner og gjenkjenning, som fargar, dufter og gjenstandar. Det er viktig å ta hensyn til dei ulike årstidene, og leggje til rette for bruk av hagen på vintertid også. Dette kan vere måking av snø, lage bål eller snølykter. Hagen bør bestå av ulike typar blomstrar, samt kjøkkenhage med urter, bær og frukttre. For å leggje til rette for den sosiale delen er godt tilrettelagte sitteplassar betydeleg og viktig (Rokstad, 2020, s. 170-171).

Ein kan nytte sansehagane både passivt og aktivt. Med «passiv bruk» forklarast som nærvær i hagen der ein utnyttar faktorane som ligg rundt til sansestimuli. Dette kan vere frisk luft, kjenne på temperaturane og det skiftande uteklimaet, dufter eller fuglesong. Med «aktiv bruk» gjer ein meir konkrete aktivitetar i hagen. Ein legg då til rette for planting, vatning eller plukking av blomar eller hausting av frukt og bær til matlaging. Dette kan vekke interesse hos dei som til dømes har drive med planting og hagearbeid tidlegare i livet, eller har erfaringar med matlaging. Mange hagar har også husdyr for å aktivisere og stimulere pasientane gjennom samhandling med dyra (Kirkevold & Gonzales, 2012, s. 60 ; Rokstad, 2020, s. 171-172).

2.4.2 Sansestimuli- kvifor er det viktig?

Begrepet sansehage visar til at hagen skal stimulere sansane (Kirkevold & Gonzalez, 2012, s. 53). Sansestimulering er når ein bevisst nyttar målretta stimuli mot pasientens sanseapparat. Denne typen stimulering vert brukt med hensikt om å førebyggje sansedeprivasjon hos eldre

med demenssjukdom på institusjon. Dei sju sansane som vert stimulerte, er: ledd- og muskelsansen, likevektssansen, følesansen, luktesansen, synssansen, hørselssansen og smakssansen. For å kunne skape mest mogleg meiningsfylt innhald i pasientens kvardag, er det viktig at denne stimuleringa er målretta. Personar med demens kan ha vanskar med å skilje positiv stimuli, frå forstyrrende påverknad. Sansestimulering vert brukt målretta for å fremje aktivitet og vekke pasientens merkamheit, eller for å verke beroligande ved å hemme aktivitet. Bevegelsar og frisk luft hjelper til med å aktivere pasienten. Ulike dufter og lukter kan også være med på å verke oppkvikkande eller avspennande. Glede, latter og berøring er også sentrale element i å oppnå positiv sansestimuli (Rokstad, 2020, s. 179-180).

3 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie er ein samanfatning og analyse av publisert forskning på relevante kliniske problemstillingar. Det er eit vanleg format for akademiske oppgåver som bachelor. Den sentrale oppgåva i litteraturstudie er å analysere resultata av fleire forskingsartiklar, for å så leggje fram kunnskap om eit spesifikt tema. Ein startar fyrst med eit forskingsspørsmål eller problemstilling. Vidare gjer ein eit systematisk søk i ein vitenskapleg database for å finne den mest relevante forskinga om emnet. Deretter skal ein presentere og analysere resultata. Med dette kan ein trekkje konklusjonar med kliniske anvendingar (Popenoe et al., 2021, s. 175-176).

3.2 Søkeprosessen og utval av artiklar

Eg nytta CINAHL som database for mine søk. Eg fann fyrst relevante søkeord, og kobla dei deretter opp med hjelp av OR og AND. Søkeorda eg nytta var «dementia» or «alzheimers», and «quality of life» or «wellbeing», and «horticulture» or «garden therapy» or «sensory garden».

3.2.1 Inklusjons og eksklusjonskriterie

For å finne relevante artiklar til mi oppgåve, nytta eg følgjande kriterie. Eg såg etter studie som var fagfelleurdert, ikkje eldre enn 15 år og skive på engelsk. Eg såg i hovudsak etter kvalitative studie, då dette passa mi problemstilling best. Dette på grunnlag av at eg skal svare på korleis sansehage kan vere med å betre livskvalitet. Artiklane måtte innehalde sansehage eller ei form for terapeutisk hagearbeid for demente bebuarar ved ein sjukeheim. Forskinga måtte også gå ut på vurderingar av livskvalitet. Eg ekskluderte oversiktsartiklar, kvalitative artiklar samt artiklar som ikkje var fagfelleurdert eller omhandla ei anna pasientgruppe.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artiklar frå siste 15 år	Artiklar eldre enn 15 år
Kvalitative/mixed method studie	Oversiktsartiklar
Fagfelleverderte artiklar	Ikkje engelskspråklege artiklar
Engelskspråklege artiklar	Kvantitative artiklar

Tabell 1: Inklusjons – og eksklusjonskriterere

3.2.2 Søkeprosessen

Eg fekk 27 treff på CINAHL. Etter avgrensingar vart dette redusert til 15 treff. Vidare gjekk eg gjennom overskriftene for å sjå om det svarte på mi problemstilling. Deretter las eg abstrakta til dei artiklane eg vurderte som relevante til å kunne svare på problemstillinga mi. Det var 11 artiklar som ikkje samsvarte med mi problemstilling. Etter selekteringa stod eg igjen med fire passande artiklar som eg valde å inkludere i mi oppgåve.

Database og dato for søk	CINAHL 28/11-22
Søkeord og kombinasjoner	Dementia OR alzheimers disease AND quality of life OR wellbeing AND sensory garden OR therapeutic garden OR horticulture.
Avgrensingar i søket	15 siste år, engelskspråklege artiklar,
Antall treff totalt	27
Antall gjennomleste titlar	27
Antall gjennomleste abstrakt	13
Antall gjennomleste fulltekstartiklar	7
Antall artikler som kan inkluderast basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
Ytterlegare inklusjons- eksklusjonskriterier	Fagfellevurdering, pasientgruppe: personar med demens på sjukeheim,
Antall artiklar inkludert i litteraturstudien	4

Inkludert artikkel nummer 1	Hernandez, R. O. (2007). Effects of therapeutic gardens in special care units for people with dementia. <i>Journal of Housing Elderly</i> , 21(1-2), 117-152. https://doi.org/10.1300/J081v21n01_07
Inkludert artikkel nummer 2	Lassell, R., Wood, W., Schmid, A. A. & Cross, J. E. (2020). A Comparison of quality of life indicators using two complementary interventions: adaptive gardening and adaptive riding for people with dementia. <i>Complementary Therapies in Medicine</i> , 57(1), 1-7. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102658
Inkludert artikkel nummer 3	Fielder, H. & Marsh, P. (2020). I used to be a gardener: connecting aged care residents to gardening and to each other through communal garden sites. <i>Australian Journal on Ageing</i> , 2021(40), 29-36. https://doi.org/10.1111/ajag.12841
Inkludert artikkel nummer 4	Edwards, C. A., McDonnell. & Merl, H. (2012). An evaluation of a therapeutic gardens influence on the quality of life of aged care residents with dementia. <i>Dementia</i> , 12(4), 494-510. https://doi.org/10.1177/1471301211435188

Tabell 2: tabell for søk

3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

Til den grunnleggjande teorien har eg nytta relevante bøker frå pensum til sjukepleiarstudiet. Anna fagstoff og forskingslitteratur har eg henta frå bøker og artiklar frå skulen sitt bibliotek. Eg har i den grad det er mogleg forsøkt å nytte primærkilder, som vil sei den opprinnlege utgåva av ein tekst eller seinare opptrykk av den same (Trygstad & Dalland, 2020, s. 156). På grunn av tidsrammer rundt oppgåva, og begrensingar på tilgang til primærkilder, har eg også måtte nytta sekundærkilder. Eg har i hovudsak nytta kjende forfattarar innan litteratur om demens, som Knut Arne Engedal, Anne Marie Mork Rokstad, Marianne Thorsen Gonzalez og Kirsti Skovdahl, samt boka «*livskvalitet- forskning om det gode liv*», der Siri Næss beskriv livskvalitet. Eg har også nytta lovverk og yrkesetiske retningslinjer.

4 Resultat

I dette kapittelet vil eg presentere ei oversikt over inkluderte forskingsartiklar med fullstendig tittel, database, forfattar, publisering, hensikt, metode, funn og ei kvalitetsvurdering.

Kvalitetsvurdering har eg gjort ved hjelp av sjekklister som er vedlagt. Desse har eg fylt ut punktvis, og kryssa av på punkter om kva artikkane inneheld eller ikkje for å så få ein endeleg poengscore. Hovedresultata og funna som er mest relevante for mi problemstilling vil bli presentert under «syntese av resultata».

Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering
Hernandez, R. O. (2007).	“Effects of therapeutic gardens in special care units for people with dementia”	Å sjå på bruka, innverknaden og moglegheitene ein terapeutisk hage kunne gi personar med demens på sjukeheim.	Kvalitativ studie. Vart gjort intervju av pårørende og tilsette, samt observasjon av bebuarane med demens i hagen.	Både tilsette og pårørende ser å hagen som eit viktig terapeutisk verktøy til å fremje livskvalitet hos dei demente bebuarane. Hagen vart nytta til å både sjå på, ein moglegheit for frisk luft og å få drive hagearbeid i.	8/9 poeng på sjekklista for kvalitetssvurdering
Lassell, R., Wood, W., Schmid, A. A. & Cross, J. E. (2020).	“A comparison of quality of life indicators during two complementary interventions: adaptive gardening and adaptive riding for	Å gi ei beskriving og samanlikning om korleis menneske som lev med demens	Kasusstudie (descriptive case study design). Åtte deltakarar vart filma vekentleg under økter med riding og hagearbeid i åtte veker.	Begge formene for terapi bygde opp livskvaliteten. Riding hadde ei større varigheit med aktiv deltaking enn adaptivt hagearbeid. Dataene kan derimot nyttast som anbefalingar om dei	6/9 poeng på sjekklista for kvalitetssvurdering

	people with dementia”	reagerte på adaptiv hagearbeid og adaptiv riding.		ulike terapiformene til helsepersonell.	
Fielder, H. & Marsh, P. (2020)	« I used to be a gardener: connecting aged care residents to gardening and to each other through communal garden sites”	Utforske bebuaranes nytte av felles hageplassar som eit rom for hagearbeid og sosial tilknytning.	Femenologisk kvalitativt studie. Semistrukturerte dybdeintervju av deltagarar som var: seks bebuarar, eit familiemedlem, to lokalsamfunnsmedlem, og fire tilsette ved ein sjukeheim i Australia.	Hagearbeidet vart oppfatta som ein positiv og meningsfull aktivitet. Den skapte ei sosial tilknytning og gav bebuarane ei kontakt med natur og friluftsliv. Alle deltakarane i studiet såg på hagearbeid som ein viktig aktivitet i eldreomsorga. utfordringa var sjølvstendig nytte av uteområdet når ikkje personalet eller familie kunne gi støtte til dei eldre med kognitiv svikt.	8/9 poeng på sjekklis ta for kvalitet svurdering
Edwards, C, A., McDonnell, C. & Merl, H. (2012).	“An evaluation of a therapeutic gardens influence on the quality of life of aged care residents with dementia”	Evaluere om bruk av terapeutisk hage kan forbetre livskvaliteten til bebuarar med	Mixed method studie: kvalitativ og kvantitativ metode i datasamlinga. Skala for depresjon ved demens (SCDD), cohen-	Signifikante forbetringar i alle mål etter at hagen og atriumet vart bygd og nytta. Hagen bidrog til ei kjensle av eigarskap og meningsfulle minner frå fortida vart vekt.	7/9 poeng på sjekklis ta for kvalitet svurdering

		demens i eldreomsor ga.	mansfield agitation inventory (CMAI) samt The dementia quality of life instrument (DEMQOL) vart brukt for å måle livskvaliteten til 12 bebuarar med demens tre månadar før hagen og atriumet vart anlagt, samt tre månadar etter.	Livskvalitetskår auka, samt vart depresjon og upassande åtferd betrakteleg redusert.	
--	--	-------------------------------	---	---	--

Tabell 3: artikkelmatrise

4.1 Syntese av resultatata

Forskingsartiklane eg har vald ut har alle til felles at sansehage kan være ei god form for terapi i forhold til livskvaliteten. Det vert beskrive som eit tilgjengeleg utemiljø, der personar med demens kan ferdast fritt og både sjå, lukte og føle. Hagane var også ein moglegheit for frisk luft og aktivitet. Sansehagane vart sett på som ein meningsfull aktivitet, spesielt hos dei som tidlegare hadde drive med hagearbeid. Dette arbeidet vekte minner og førte til integritet. Bruk av sansehage bidrog til betra livskvalitet både ved passiv og aktiv bruk. Resultat frå det eine studiet visar at livskvalitetskåren (Demqol) auka, og depresjonsskalaen (SCDD) og agitasjonsskalaen (CMAI) vart betydeleg redusert ved å nytte sansehagen.

Observasjonsevidens viser til at bebuarane føretrekte å nytte sansehagen i plassen for å sitje inne, noko som førte til ei auka sosialisering. Det kom også fram at nytten av sansehagen reduserte stressnivået hos personalet og besøkande. Det vart også opplyst om utfordringar som kunne førekome. Mangel på ressursar førte til at personar med alvorleg kognitiv svikt

kunne vere mindre sjølvstendige i hagen. Dei peikar og på at det er behov for betre planlegging av lokalisasjonen til hagen, for å gjere den mest mogleg tilgjengeleg. Værforhold var også ei utfordring som kunne begrense tilgang og nytten av hagen.

5 Diskusjon

Problemstillinga i denne oppgåva er ” *Korleis kan bruken av sansehage bidra til å auke livskvaliteten hos personar med demens?* ”.

I fylgjande kapittel vil eg forsøke å svare på problemstillinga mi med nytte av forskingsartiklane er har presentert i kapittel 4, samt underbyggje desse funna med teori frå kapittel 2. Eg vil fyrst sjå på betydninga av bruken av sansehage og kvifor dette kan vere ei nyttig form for miljøterapi. Eg vil sjå på korleis livskvaliteten kan verte påverka av sansehage, samt agitasjon, depresjon. Deretter vil eg sjå på utfordringar ved nytten av sansehage. Til slutt vil eg finne ut føresetnadane for at sansehage skal ha ein positiv verknad. Her kjem også persontrent omsorg inn.

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 Betydning av bruken av sansehage

Fielder & March (2020) sin artikkel fann hagearbeid som ein positiv aktivitet for å halde livet meningsfylt på sjukeheim. Bebuarane fekk tilfredsstilling av å vere ute og sjå plantar blomstre, samt trøynt i dei naturlege omgjevnadane. For mange av bebuarane var dette meningsfull aktivitet då dei knytta hagearbeid opp mot deira identitet frå tidlegare i livet (Fielder&March, 2020, s. 34). Edwards et al. (2012) understrekar at terapeutisk hagebruk er passande for eldre personar med demens. Dette på grunnlag av at det er ein kjend aktivitet for mange, og legg til rette for moglegheiten til å friske opp att eksisterande kunnskap (Jarrot et al., 2002, henvist i Edwards et al., 2012, s. 497). Desse funna viser til viktigheita av at pasienten skal få dekkja sine fysiske, psykiske og sosiale behov som til dømes er ved hjelp av meningsfylte aktivitetar. Dette er fastsett i forskrifta om kvalitet i pleie og omsorgstenestene, i helse og omsorgstenestelova §13-2 (Slettebø & Pedersen, 2020, s. 125-126).

I studiet til Hernandez (2007) fortalde ein deltakar om terapien ein kunne få frå plantar som gror, og korleis dette for personar med demens bringa tilbake minner. Dette kunne vere barndomsminne frå å vere ute og stelle med blommar eller grønsakhagar. (Hernandez, R.O., 2007, s. 136-137). Dette samsvarar med Fielder & March (2020) der deltagarane fortalde om familien sin tilknytting til hagebruk, og at dette spelte ein faktor til deira eiga tilknytting.

Dette var minneverdig for mange som hadde erfaringar med hagearbeid frå barndomen eller generelt sitt levde liv (Fielder & March, 2020, s. 36). Når ein har ein alvorleg grad av demens, vil ein ha utfordringar med å kjenne igjen og hugse sine nærmaste, samt orientere seg for tid og stad. Dette fører til at personar med alvorleg grad av demens hugsar berre brotstykke av tidlegare liv (Skovdahl, 2020, s. 422). Når ein nyttar sansehage aktivt, legg ein til rette for aktivitetar som planting og vedlikehald av blomar, eller å til dømes hauste frukt og bær til matlaging. Dette er faktorar som kan vekke minner og dermed skapar ei interesse hos dei som har drive med hagearbeid eller matlaging tidlegare i livet (Kirkevold & Gonzales, 2012, s. 60 ; Rokstad, 2020, s. 171-172).

Sansestimuli gjennom plantar vert forklart i Edwards et al. (2012) som ein ikkje konfronterande måte å stimulere på gjennom ulike fargar, strukturar, lukter, smakar og lydar. Nyten av sansestimulerande tiltak i samhandling med personar med demens kan føre til ei forbetra orientering, trigge minner, førebyggje følelsmessige utbrot, samt føre til meir sjølvstendigheit (Haas et al., 2003; Carman, 2002, henvist i Edwards et al., 2012, s. 497). I artikkelen Lassell et al. (2020) kom det fram at ved aktiv deltaking i hagen, åt bebuarane urter og grønsaker under haustinga. Dei delte også kjende oppskrifter og mimra saman med omsorgspersonar og tilsette (Lassell et al., 2020, s. 4). Sansestimuli kan verte nytta i minnearbeid for å få fram minner gjennom til dømes lukt, smak og gjenstandar. Når ein mimrar om opplevde minner saman med andre, kan personen med demens få ei kjensle av tilhørigheit, identitet og glede (Wogn-Henriksen, 2018, s. 103).

Det vanlegaste nevropsykiatrisk symptomet ved demens er agitasjon. Dette er ein tilstand prega av ytre uro i form av bevegelse og lydar, samt indre uro med spenningar og ubehag. Symptoma aukar ved sjukdomsforverring, samt er hyppigare hos personar med demens på sjukeheim. Agitasjon vert påverka av miljømessige faktorar, og vert i hovudsak ikkje behandla medikamentelt. Der er dermed viktig å tilpasse sanseintrykk på institusjonen for å førebyggje trigging av agitasjon. (Rokstad, 2020, s. 210-211). I følgje Næss sin definisjon av livskvalitet, vert det hevda det ligg sentralt å ha fråvær frå vonde kjensler og vurderingar for å kunne oppnå ein god livskvalitet (Rustøen, 2016, s. 85). Edwards et al. (2012) nytta skalaene, *cohen- mansfield agitation inventory (CMAI)* for å måle endringar i agitasjon hos brukarane i tre månadar før nytte av den nye sansehagen og atriumet, samt tre månadar etter. Det var signifikante forbetringar der agitasjonsnivået vart redusert på alle ti deltakarar, samt agitasjonsscoren vart redusert med 46,7% (Edwards et al., 2012, s. 505). Deltakarar i

Hernandez (2007) beskrev sansehagen som eit stressreducerande miljø for å redusere agitasjon hos brukarane. Tilsette ved sjukeheimen opplevde at ved å tilby ein brukar med agitasjon ein tur ut, i eit nytt miljø med frisk luft fekk dei fokus på noko anna og gløymde kvifor dei var opprørte. Dei opplevde også å unngå å nytte medisinar i slike situasjonar, då brukaren stod fram som meir samarbeidsvillig etter ein tur ut i hagen (Hernandez, 2007, s. 134-136).

Edwards et al. (2012) nytta også skalaen *scale for depression in dementia (SCDD)* for å måle depresjon hos brukarane i tre månadar før nytte av den nye sansehagen og atriumet, samt tre månadar etter. Det viser også at sju av ti deltakarar reduserte depresjonsnivået sitt, samt depresjonsscoren vart redusert med 13,3%. I same studie vert det lagt vekt på at ved å leggje til rette for kjende aktivitetar kan føre til ein auka sjølvtilitt, samt kjensla av å meistre noko. Dette kan igjen hjelpe personen med demens å handtere sine progressive tap av evner. Depresjon kan vere eit debuterande symptom ved demens, men depressive symptom vert sett også hyppig i forbinding med demens i alle fasar. Det å få ein demensdiagnose, fører til ei rekkje tap av tidlegare kognitive ferdigheit og funksjonar, som kan verke inn på sjølvbiletet og skape frustrasjon (Rokstad, 2020, s. 210-211). Det er viktig å unngå unødvendige situasjonar der personen med demens føler seg mislukka på grunn av ikkje opplevd meistring (Skovdahl, 2020, s. 427). Gjennom eiga erfaring i samhandling med personar med demens, har eg opplevd at kjensla av håplausheit av å ikkje meistre kvardagen på same måte, gjorde at bebuarane unngjekk å utføre ulike aktivitetar. Eg opplevde det som positivt å setje igang lavterskelaktivitetar tilrettelagt personar med demens, i forsøk på å auke deira sjølvkjensle.

Å måle livskvalitet, kan vere ei kompleks oppgåve då kvart individ har ei eiga forståing på kva som vert opplevd som godt og ikkje (Næss, 2011, s. 46). Den subjektive livskvaliteten omfattar positive kjensler og korleis livet vert oppfatta for den enkelte. Her spelar også opplevinga av meistring, mening og interesse inn (Nes, 2019). Livskvalitet er å ha det godt, samt å ha gode kjensler og positive vurderingar av eige liv. Av dei gode og positive kjenslene vert det trekt fram glede, engasjement og kjærleik, samt tilfredsheit med eiga liv, sjølvrespekt og oppleving av mening (Næss, 2011, s. 16-19). Edwards et al. (2012) gjorde observasjonar som tilsa at miljøendringar påverka bebuarane si velvære positivt, både fysisk og psykisk. Dette førte igjen til ei betring av bebuarane sin livskvalitet. Dette kjem fram gjennom intervju med pårørande, tilsette og bebuarar. Eit sitat frå eit familiemedlem lyd som følgjer: « Eg kan ikkje fortelje kor stor forskjell hagen har gjort for xxx. I dag har eg tatt ho med ut til

utsiktsplattforma, me har skrive brev, snakka om fuglar, og ho elsker dyr. Det er avslappande for oss begge å vere her ute. Det har definitivt auka xxx sin livskvalitet, og det er kjekkare for meg å kome på besøk oftare også». Ein tilsett fortalde at buarane vart lettare å handtere, då dei nytta hagen til både å slappe av, stelle med og nyte. Det er meir for bebruarane å finne på, noko som resulterte i meir glede blant bebruarane og tilsette Ein bebruar uttrykkjer sjølv: «Eg likar alt. Fontenene, fiskane, minneboksane, alt. Bordet og stolane som er frå mi eiga stove, der vi sit rundt å snakkar». Fastlegen fortalde også at hagen har forbetra livskvaliteten til bebruarane til det punktet at han ikkje trengde å kome så ofte lenger (Edwards et al., 2012, s. 505-506). Ved å sjå på desse intervju, visar det att både pårørande, tilsette og bebruarar sjølv opplever at hagen har ei positiv påverknad på bebruarane si livskvalitet.

Livskvaliteten vart også målt ved hjelp av skala for livskvalitet (Demqol) i artikkelen til Edwards et al. (2012). Åtte av dei ti bebruarane fekk betra sin livskvalitet, samt livskvalitetskåren auka med 12,8% etter at hagen og atriumet vart bygd (Edwards et al., 2012, s. 505). I artikkelen til Lassell et al. (2020) kjem det fram i samanlikninga mellom terapeutisk hagebruk og adaptiv riding at begge intervensjonar hadde ein positiv og nøytral livskvalitetsindikator (QoL). Det kjem også fram i denne artikkelen at deltaking i lystbetonte aktivitetar fremja emosjonell velvære, som igjen er ein viktig faktor i livskvalitet hos personar med demens. Deltaking i naturbaserte aktivitetar, kan vere positivt for personar med demens sin livskvalitet. Denne typen aktivitet legg til rette for nærvær i augeblikket, interesse og personleg identitet (Lassell et al., 2020, s. 2-4). For personar med demens er her og no augeblikka viktigare, og den gode opplevinga med meistring og deltaking gjev augeblikket verdi (Skovdahl, 2020, s. 427).

Ved kognitiv svikt og demens, kan ein få ei nedsett evne til å kommunisere og oppfatte kva som vert gjort og sagt rundt seg. Dette er noko som igjen kan gi utfordringar i det sosiale. Personar med demens kan oppleve å unngå sosiale samanhengar, noko trugar deira sosiale integritet (Skovdahl, 2020, s. 426). For å kunne auke kjensla av verdigheit hos ein person med demens er det viktig at dei sosiale relasjonane i omgjevningane er med å bidra til stadfesting og klargjering av den deira verdi som menneske (Rokstad, 2020, s. 52). Miljøbehandling tek sikte på å betre pasientens kognitive, praktiske og sosiale evner (Rokstad, 2020, s. 166). I studiet Edwards et al (2012) kom det fram gjennom intervju at både bebruarar og tilsette likte å nytte hagen og atriumet. Dette førte til ei auka interaksjon mellom bebruarane, tilsette og besøkjande. Pårørande opplevde også mindre stress ved besøk (Edwards et al., 2012, s. 507).

Hernandez (2007) beskrev observasjoner av familiemedlem på besøk til bebuarane i dei utandørs områda. Både familiemedlem og tilsette gav uttrykk for at dei sette pris på hagen (Hernandez, 2007, s. 123). Fielder & March (2020) understreka også viktigheita av samhandling med andre gjennom hagen. Bebuarar i denne studia, samt andre studie sette stor pris på kontakten dei fekk med andre menneske utanfor sjukeheimen. Dette gav dei kjensla av å kunne delta i omverden, som igjen reduserte kjensla deira av hjelpeslausheit og isolasjon (Fielder & March, 2020, s. 34).

5.1.2 Utfordringar ved bruk av sansehage

Personar med demens kan etter flytting til sjukeheim oppleve stigmatisering og ekskludering frå tidlegare miljø dei har vore ein del av. Fleire av personane som lever med demens må dermed aktivt inkluderast i aktivitetar, og mange kan ha behov for hjelp til å oppretthalde sine sosiale relasjonar (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 302). Stress hos personar med demens, kan kome som eit resultat av mangel på tid og stress blant personale. Dette gjev ei auka risiko for angst, rastlausheit, forvirring og aggresjon (Skovdahl 2004 henta frå; Skovdahl, 2020, s. 428). Mangel på ressursar var eit tema som vart tatt opp i artikkelen Fielder & March (2020) når det gjaldt utfordringar. Faktorar knyta til sjølvstendigheit og moglegheit for hjelp og støtte, då tilsette og pårørande ofte var opptatte, påverka bebuarane sin moglegheit til å nytte hagane. Ein tilsett uttrykte at det var fleir av hageaktivitetane bebuarane ikkje kunne utføre på eiga hand, då dei var for kompliserte (Fielder & March, 2012, s. 33). I artikkelen Edwards et al. (2012) kjem det derimot fram at brukarane ikkje nødvendigvis måtte gå rundt i hagen for å få redusert agitasjon. Å sitje i hagen, sjå på utsikta i sollyset og kjenne på luktene, kunne vere tilstrekkeleg (Edwards et al., 2012, s. 507). Eg har sjølv opplevd at det kan vere vanskeleg med tilrettelegging for at brukar skal få nytte sansehagane, då det ikkje er nok personale på jobb. Eg har då erfart at det kan vere nyttig å leggje til rette for den stimuli ein har moglegheit for og ressursar til.

Ei anna utfordring som kunne førekomme ved nytten av utandørs hagar, var varierende vêrforhold. Fyrste veka av studiet til Hernandez (2007) var dørene til hagen lukka på grunn av for høge temperaturar utandørs. Den andre veka var det kaldare vær og vind, noko som også forhindra brukarane i å nytta hagen (Hernandez, 2007, s. 141). Fielder & March (2020) kom også fram til at utandørs hagebruk kunne vere vanskeleg å få til på sjukeheim. Tilsette uttrykte at været kunne halde bebuarar inne, då dei likte å halde seg varme. Ein bebuar fortalde også

om at det kalde været førte til hindringar, då vedkomande sine hender alltid var kalde (Fielder & March, 2020, s. 32). Med riktig tilrettelegging av sansehagane tilpassa årstidene, vil den potensielt kunne få større nytte. På vintertid er det moglegheiter for å gjere andre typar aktivitetar som å vere ute i snøen og til dømes lage snølykter (Rokstad, 2020, s. 170-171). Å kjenne kulda eller varmen på kroppen kan også verke positivt inn på blodsirkulasjonen og hjernerytmen (Skovdahl, 2020, s. 430). Det kan med dette vere nyttig å forsøke moglegheitene vêrforholda gir, i plassen for å sjå begrensingar.

5.1.3 Forutsetningar for at bruken av sansehage skal ha positiv effekt

Det kjem fram i artikkelen Lassell et al. (2020) at både aktiv deltaking, samt avslapping i hagane kunne vere ein fordel i forhold til å oppretthalde aktivitet og funksjonsnivå, og samtidig verke stressreducerande (Lassell et al., 2020, s. 6). Hernandez (2007) beskriv det som fordelaktig å sitje stille ute i hagen, kjenne frisk luft og få energi. Tilsette opplevde at vandring var ein av hovudårsakene til nytte av hagen, då dette ofte er ein reaksjon til agitasjon. I hagen kunne dei gjere om vandrainga til meningsfull gange saman med bebruarane. Dette gav både fysiske og psykiske helsefordelar, då gange og hagearbeid er god trening som fremjar velvære (Hernandez, 2007, s. 136-138). Når ein nyttar hagen passivt er de i hovudsak sansestimuli utan at ein gjer noko konkret. Ved aktiv bruk legg ein til rette for ein konkret aktivitet (Kirkevold & Gonzales, 2012, s. 60 ; Rokstad, 2020, s. 171-172). Opplevinga av å meiste å få ting til ligg sentralt for glede i kvardagen til personar med demens. For å få dette til, er det viktig å hindre situasjonar der brukar følar seg misslukka (Skovdahl, 2020, s. 427) Ved å tilpasse passiv og aktiv bruk til kvar enkelt brukar og deira kognitive nivå, vil eg tru dette kan fremje positive meistringsopplevingar. Dette i plassen for negative opplevingar der brukar kan verte overstimulert, noko eg sjølv har observert som ei negativ oppleving for brukar.

For å kunne få best mogleg effekt av sansehagen, ligg det også til rette ulike anbefalingar for utforming (Rokstad, 2020, s. 170). Eg har sjølv erfart at dersom det vert tilrettelagd tilstrekkeleg for aktivitetar, vil dei opplevast som lettare å gjennomføre. I konklusjonen i artikkelen til Hernandez (2007) kom det fram ulike dømer for forbetring av eksisterande fasilitetar. Dette gjaldt mellom anna å tilpasse hagen til vær ved å ha fleire skyggeområde for å beskytte mot sola, samt utvide området med ein vinterhage for å kunne nytte sansehagen på vinteren utan å bli kald. Det omhandla også å lage meir fargerike stiar med meir fysisk støtte i

form av noko å kunne halde seg fast i for å skape meir trygghet for dei ustødige bebuarane utandørs. Eit anna tiltak var å plante fleire blomar med sterkare fargar, då bebuarane føretrekte varierte fargar (Hernandez, 2007, s. 143). Dette viser til viktigheita av forskning på området, då det førar til at ein kan finne ut forbetringstiltak tilpassa kvar enkelt institusjon.

Hovudmålet for helse- og omsorgstenestene for personar med demens er å oppretthalde deira oppleving av personverd (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 302). Utfordringa med personsentrert omsorg innan demensomsorga er å få overført dei teoretiske utgangspunkta til den praktiske handlinga, slik at det vert til ein naturleg del av omsorga vi gjer. VIPS er eit rammeverk for personsentrert omsorg, og kan vere eit nyttig verktøy å bruke i demensomsorga på sjukeheim (Skovdahl, 2020, s. 433). I artikkelen Fielder & March (2020) utrykte tilsette at dei prøvde å halde ein balanse mellom å motivere bebuarar til å nytte hagen, men samtidig respektere deira val om å ikkje nytte den (Fielder & March, 2020, s. 33). Dette legg vekt på det tredje punktet i VIPS-modellen, som handlar om å kunne sjå verda frå perspektivet til personen med demens. Det omhandlar også i stor grad empati der personalet må kunne setje seg inn i situasjonen til personen med demens ved avgjersler (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 303). Sjukepleiarar som arbeidar med personar som har demens, møter på ei rekkje etiske problemstillingar. Det er viktig å ikkje ta frå ein person med demens deira autonomi, sjølv om dei kan ha svekka evne til å ta slutningar. Dette kan føre til at personen krenkast som menneske (Skovdahl, 2020, s. 427). Gjennom praktisk erfaring har eg opplevd nytten av VIPS-modellen sine hovudelement som grunnlag i demensomsorga. Ved å tileigne seg kunnskap om personar med demens sitt tidlegare liv og deira ynskjer, har eg erfart at det er lettare å leggje til rette for utøving av personsentrert omsorg.

5.2 Metodediskusjon

Aubert, (1985) definerar metode som ein framgangsmåte, og eit middel til å løyse problem og kome fram til ny kunnskap på. Kva som helst middel som tener formålet, høyrer med i arsenalet av metodar (Aubert, 1985, s. 195, henta frå; Dalland, 2020, s. 54).

5.2.1 Litteraturstudie som metode

Oppgåva mi er ei litterær oppgåve, som vil sei at eg har nytta data frå allereie eksisterande fagkunnskap, forskning og teori. Det ein er ute etter å finne ut, vil verte påverka av kva data ein

ser etter (Dalland, 2020, s. 199). Hensikta ved å bruke litteraturstudie som metode, er å kunne gje lesaren ei oppdatert og god forståing kring valgt tema. Ein svarar på problemstillinga, sam gjev ei beskriving av korleis ein har kome fram til kunnskap (Thidemann, 2019, s. 78). Ein kan skrive saman, og Dalland (2020) beskriv det å samarbeide som ein styrke, ved at ein får tryggheit i diskusjon, samt moglegheitar til å utrykke kvarandre med kunnskapar. Eg skreiv denne oppgåva åleine, noko som kan bli sett på som ein svakheit i forhold til dette (Dalland, 2020, s. 29). Ein styrke ved å nytte litteraturstudie i mi oppgåve var at eg fekk sett på om teorien bak nytten av sansehage for personar med demens, og samanlikna den med faktiske studie for å måle kva nytte den faktisk hadde. Litteraturstudie er også relevant i forhold til å utøve ei kunnskapsbasert praksis, noko som vil sei å ta faglege avgjersler basert på systematiske innhenting av forskingsbasert kunnskap, erfaringsbassert kunnskap samt pasientens ynskjer og behov i situasjonen. Ved å nytte forskingsbasert kunnskap i praksis, aukar ein kvaliteten på tenestene ein utøver ved å vere bevisst over kvifor ein gjer som ein gjer i gitte situasjonar (Graverholt et al., 2015, s. 183).

5.2.2 Litteratursøket- avgrensingar og funn

Begrensingar i rammene i oppgåva mi førte til at eg berre kunne utføre eit samla søk, noko som førte til eit meir begrensa søk. Eg fekk ved hjelp av mine søkeord treff på 27 artiklar før ekskludering. Etter ekskludering fekk eg 15 artiklar, noko som er vurderer som eit spissa søk. CINAHL var einaste database eg nytta i søket mitt. Dette var ein svakheit då eg kunne ha fått eit breiare søk, samt svar på om mi problemstilling hadde eit tema som innebar mykje eller lite forskning. Ein styrke ved at søket mitt var smalt var at eg har nytte gode søkeord som gjorde at eg fekk opp færre, men relevante artiklar til mi oppgåve. Artikkane eg valde ut var også fagfelleverderte, noko som er ein styrke.

5.2.3 Artikkane

Metoden er reiskapet ein nyttar når ein vil undersøkje noko, samt til å samle inn data. Ved bruk av kvalitativ metode, får ein fanga opp meiningar og opplevingar som ikkje er målbart ved til dømes intervju (Dalland, 2020, s. 54). I mi problemstilling skal eg finne ut korleis nytta av sansehage kan verke inn på livskvaliteten hos personar med demens. Det vil sei eg skal finne ut nytten av noko, og korleis det verkar inn på noko anna. For å belyse mi problemstilling best mogleg, nytta eg artiklar med både beskrivande data for å finne ut nytta, samt tal som kan stadfeste effekten. Eg valde å inkludere to kvalitative artiklar for å kunne

finne ut av opplevingar ulike personar har med nytta av sansehage. Ein svakheit ved intervju av personar med demens kan vere pålitelegheit, då personar med demens si dømmekraft til å ta avgjersler kan vere svekka (Skovdahl, 2020, s. 427). Ein styrke i intervjuet var derimot at dei også intervjuet tilsette og pårørande, for å kunne få eit breiare perspektiv.

Ved nytte av kvantitativ metode, får ein målbare einingar, tall og harde, objektive fakta. Dette er eksakte fagkunnskap, som er hensiktsmessig å nytte når ein ynskjer svar på spørsmål om effekten av noko. Eg inkluderte ingen reine kvantitative artiklar i mi oppgåve. Dette var ein svakheit då eg kunne fått meir svar på sjølve effekten sansehage hadde på personar med demens (Thidemann, 2019, s. 76) Eg inkluderte derimot ein mixed method artikkel, samt ei kasusstudie, noko som gjorde at eg likevel fekk nokre målbare data. I kasusstudiet nytta dei observasjon. Dette kan vere nyttig i innhenting av kunnskap som kan vere vanskeleg å tolke (Dalland, 2020, s. 100). Livskvalitet er eit fenomen som kan vere vanskeleg oppgåve å tolke eller vurdere på vegne av andre. Dette då kvart individ har ei eiga forståing på kva som vert opplevd som godt og ikkje (Næss, 2011, s. 46). I mixed method artikkelen, samt dei to kvalitative er det nytta både observasjon og intervju. Ved å kombinere desse metodane, kan til dømes observasjonar gje naudsynnte føresetnadar for intervjuet (Dalland, 2020, s. 101).

Relevans handlar om korleis kjelda kan bidra til spørsmåla problemstillinga skapar (Trygstad & Dalland, 2020, s. 153). Mine fire valde artiklar er alle relevant til problemstillinga mi, på kvar sine opplysende måtar. Artiklane eg fann, tilførte ulik kunnskap om korleis sansehage vart nytta, utfordringar, målingar av livskvalitet, agitasjon og depresjon samt kva som skulle til for at denne type miljøterapi skulle ha ein positiv effekt. Artiklane er frå 2020, 2012 og 2007. Eg inkluderte artiklar frå dei siste 15 år, då det både var eldre og nyare artiklar eg såg på som relevante for mi problemstilling. Eg nytta kvalitetsskjema frå helsebiblioteket for å kvalitetssikre artiklane mine. Dette kunne vere utfordrande, då det ikkje var noko spesifikk sjekkliste til mixed method, og descriptive case study design. Eg måtte her nytte den sjekklista som var best passande. Desse sjekklistene gav ein poengscore, men er berre nytta for eiga læring.

6 Konklusjon

Denne litteraturstudia si problemstilling var ” *Korleis kan bruken av sansehage bidra til å auke livskvaliteten hos personar med demens?* ”. Det er ei stadig auke av personar med demens på sjukeheim i Norge, noko som gjer dette temaet relevant. Gjennom oppgåva vert det vist til viktigheita av sjukepleiar sitt ansvar for å lage ein meningsfull kvardag for personar med demens. Ved å setje igang miljøtiltak, som i denne oppgåva var sansehage, utøvar ein også personsentrert sjukepleiar der ein set individet og deira behov i sentrum.

Det er utfordrande å skulle vurdere kva faktorar som verkar inn på eins livskvalitet. Det er individuelle forskjellar som styrer kva for behov kvar enkelt har. Det er derimot store føresetnadar for at sansehage skal kunne bidra til ei auka livskvalitet hos personar med demens. Sansehage vart i anvendte studie sett på som ein meningsfull aktivitet. Bruk av sansehagane og å opphalde seg i dei naturlege omgjevnadane fekk fram minner, som igjen førte til tilhøyrlegheit og glede. Å vere busett på sjukeheim kan for mange verke isolerande, noko som igjen triggjar depresjon og agitasjon. I studia kom det fram at sansehagane verka positivt inn på personen med demens sine sosiale relasjonar. Det var lettare å kome på besøk, og skape gode augeblikk i kvardagen.

Ved at sjukepleiar prioriterer å utøve personsentrert sjukepleie i kvardagen, og legg til rette for bruken av sansehagen, kan dette føre til store fordelar hos både brukarar og tilsette på sjukeheim. Å nytte sansehage kunne ha effekt på agitasjon og skape eit betre samarbeid med personar med demens. Det skapar trygghet i omgjevnadane, noko som er særskild viktig i demensomsorga. Ved å nytte denne form for miljøterapi som tiltak i sjukepleieutøvinga, kan ein skape ei auka meistring og trivsel både hos personar med demens, og tilsette ved sjukeheimane.

Alle har eit behov for ein meningsfull kvardag, med påfyll av ting ein sjølv ser på som livsverdig. Personar med demens treng pleie og omsorg, på same måte som dei treng at sjukepleiar ser mennesket bak sjukdommen. Ved bruk av ein sansehage for personar med demens, kan små detaljar vekke liv i dei gløynde minner, å gi kvardagen både liv og næring til eit sinn som sakte er i endring.

Referanseliste

Brooker, D. & Latham, I. (2016). *Person-centred dementia care : making services better with the VIPS framework* (2. Utg.). Jessica Kingsley Publishers: London and Philadelphia.

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

Edwards, C. A., McDonnell. & Merl, H. (2012). An evaluation of a therapeutic gardens influence on the quality of life of aged care residents with dementia. *Dementia*, 12(4), 494-510. <https://doi.org/10.1177/1471301211435188>

Endedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Demens. I P. K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. Utg., s. 14-28). Aldring og helse: nasjonal kompetansetjeneste.

Endedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Kognitive symptomer. I P. K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. Utg., s. 29-41). Aldring og helse: nasjonal kompetansetjeneste.

Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. Utg., s. 887-905). Cappelen Damm Akademisk.

Fielder, H. & Marsh, P. (2020). I used to be a gardener: connecting aged care residents to gardening and to each other through communal garden sites. *Australian Journal on Ageing*, 2021(40), 29-36. <https://doi.org/10.1111/ajag.12841>

Graverholt, B., Jamtvedt, G. & Nortvedt, M. W. (2015). Kunnskapsbasert praksis. I I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. Utg., s. 179-191). Cappelen Damm Akademisk.

Hernandez, R. O. (2007). Effects of therapeutic gardens in special care units for people with dementia. *Journal of Housing Elderly*, 21(1-2), 117-152.
https://doi.org/10.1300/J081v21n01_07

Kim, H. S. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn- det kunnskapsfilosofiske grunnlaget. I I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. Utg., s. 142-155). Cappelen Damm Akademisk.

Kirkevold, M. (2020). Den gamles integritet. I A. H, Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. Utg., s. 84-79). Gyldendal.

Kirkevold, M. & Gonzales, M. T. (2012). Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens: en scoping review. *Sykepleien forskning*, 7(1), 52-64. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0029>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A., (2011). Om sykepleie. I F. Nortvedt (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. Utg., s. 15-28). Gyldendal Akademisk.

Lassell, R., Wood, W., Schmid, A. A. & Cross, J. E. (2020). A Comparison of quality of life

indicators using two complementary interventions: adaptive gardening and adaptive riding for people with dementia. *Complementary Therapies in Medicine*, 57(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102658>

McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced nursing*, 56(5), 472-479.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

Nes, R.B. (2019, 23.september). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

Norsk sykepleierforbund. (u.å). Yrkesetiske retningslinjer. Henta 27.november 2022 frå:

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

Næss, S. (2011). Språkbruk, definisjoner. I J. Eriksen (Red.), *Livskvalitet: forskning om det gode liv* (s. 15-47). Fagbokforlaget.

Popenoe, R., Langius-Eklof, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general. *Nordic Journal of Nursing Research*. 41(4), 175-186.

<https://doi.org/10.1177/2057158521991949>

Rokstad, A. M. M. (2020). Hva er demens? I K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (2. Utg., s. 23-48). Cappelen Damm Akademisk.

Rokstad, A. M. M. (2020). Miljøbehandling. I K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens:*

møte og samhandling (2. Utg., s. 165- 192). Cappelen Damm Akademisk.

Rokstad, A. M. M. (2020). Personsentrert omsorg. I K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (2. Utg., s. 51-70). Cappelen Damm Akademisk.

Rokstad, A. M. M. (2020). Utfordrende atferd. I K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (2. Utg., s. 196-217). Cappelen Damm Akademisk.

Rokstad, A. M. M. & Røsvik, J. (2018). Personsentrert omsorg. I P. K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. Utg., s. 300-313). Aldring og helse: nasjonal kompetansetjeneste.

Rustøen, T. (2016). Livskvalitet og velvære. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. Utg., s. 80-107). Cappelen Damm Akademisk.

Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. Utg., s. 416-439). Gyldendal.

Slettebø, Å & Pedersen, R. (2020). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I A. H., Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. Utg., s. 216-229). Gyldendal.

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille*

motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2. Utg). Universitetsforlaget.

Trygstad, H. & Dalland, O. (2020). Kunnskapskilder og kildekritikk. I Dalland, O., *Metode og oppgaveskriving* (7. Utg., s. 139-166). Gyldendal.

Wogn-Henriksen, K. (2020). Kommunikasjon. I K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (2. Utg., s. 86-111). Cappelen Damm Akademisk.

Wyller, T. B. (2020). *Geriatry: en medisinsk lærebok* (3. Utg.). Gyldendal.

Vedlegg

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Kritisk vurdering av:

Edwards, C. A., McDonnell. & Merl, H. (2012). An evaluation of a therapeutic gardens influence on the quality of life of aged care residents with dementia. *Dementia*, 12(4), 494-510. <https://doi.org/10.1177/1471301211435188>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Formålet var å evaluere om bruk av terapeutisk hage kan forbedre livskvaliteten til bebuere med demens i eldreomsorga.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studia har som mål å evaluere nytta av noko. Det er ei blanding av kvalitative og kvantitative data i studia som vart gjort.

3. Er utforminga av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det vart gjort objektive målingar, observasjonar og intervju for å besvare problemstillinga.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det vart gjort intervju av bebuarar, tilsette og familiemedlem. Familiemedlem og omsorgspersonar vart intervjuar med nytte av opne spørsmål for å få fram deira intrykk av den nye miljøet som var laga. Både familiemedlem og tilsette skulle svare på om dei følte livskvaliteten til sine kjære som budde på institusjonen vart betra, samt om deira eiga opplevelse og korleis det verka inn på stresset deira. Det vart ikkje opplyst om noko karakteristika ved utvalet, og deira identitet var skjult både i sitat og bilete.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Skala for depresjon ved demens (SCDD) og cohen-mansfield agitation inventory (CMAI) vart brukt for å måle livskvaliteten til 12 bebuarar med demens. Dette skjedde tre månadar før hagen og atriumet vart anlagt, samt tre månadar etter. Spørjeskjemaet CMAI vart nytta i omsorgspersonens vurdering av atferda til pasienten. The dementia quality of life instrument (DEMQOL) vart nytta til å måle livskvalitet. Det vart også gjort intervju og observasjonar, samt lagt ved bilete.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det vert ikkje sagt noko om bakgrunnsforhold utanom at det vore ei auke i forskning rundt dette temaet siste 20 åra. Det kjem også fram ein del bakgrunnskunnskap.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det kjem fram at det ligg føre informert samtykke til å ta del i forskinga frå omsorgspersonar, bebuarar, tilsette og familiemedlem. Personvern er også ivareteke. Etske godkjenningar vart motteke frå UnitingCare.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Skala for depresjon vart kalkulert ved hjelp av observasjon og intervju av omsorgspersonar. Depresjons og agitasjonsskalaene vart handtert av tilsette. Bebuarane med mildast form for demens svarte på livskvalitetsskalaen sjølv, medan pårørande og omsorgspersonar tok hand om skalaen for personar med meir alvorleg demens. Nyttå av hagen og atrimuet vart loggført og observert. Data kjem fram i tabell, løpande tekst og sitat.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det var signifikante forbetringar i alle mål etter at hagen og atriumet vart bygd og nytta. Hagen bidrog til ei kjensle av eigarskap og meningsfulle minner fra fortida vart vekka. Livskvalitetsskår auka, samt det depresjon og upassande atferd vart betrakteleg redusert.

Funna er diskutert i lys av problemstillinga. Forskarane såg på både ting som fungerte, og ikkje.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar:

Det kjem fram at resultata var som dei håpa på, at bebruarane si livskvalitet og interaksjon med kvarandre, tilsette og pårørande auka. Det kjem også fram at det skjeldan vert tatt med kvantitative data i ein evaluering som dette, men at dei fekk gode data av denne studia trass at den var liten.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Kritisk vurdering av:

Lassell, R., Wood, W., Schmid, A. A. & Cross, J. E. (2020). A Comparison of quality of life indicators using two complementary interventions: adaptive gardening and adaptive riding for people with dementia. *Complementary Therapies in Medicine*, 57(1), 1-7.

<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102658>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Hensikten med denne studien var å gi ei beskrivelse og sammenlikning om hvordan mennesker som lever med demens reagerte på adaptivt hagearbeid og adaptiv ridning.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Forfatterne ville beskrive og sammenlikne ved hjelp av observasjonsstudie.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Dette er eit kassstudie og det vart benytta deskriptisk casestudiedesign. Dette lar forskarane beskrive eit fenomen i sine naturlige omgjevnader. Åtte deltakarar vart filma under økter med ridning og hagearbeid i åtte veker.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Deltakarane i studiet vart rekruttert frå fleire lokale organisasjonar, og valde sjølv om dei ville delta i adaptiv hagebruk eller adaptiv ridning. For å bli inkludert i studien, måtte deltakarane snakke engelsk, vere 45 år eller eldre, diagnostisert med demens og på eit stabilt medisinregime. Det er ikkje gjort reie for kvifor desse avgrensingane er med, og heller ikkje kvifor akkurat desse deltakarane. Det er ikkje beskrive noko ytterlige karakteristika ved utvalet.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Demografiske data vart samla inn før intervensjonene, og inkluderte alder, type demens rapportert av deira omsorgspartner, år diagnostisert og observert mobilitet. Statusen til deltakarane nevrokognitive funksjon vart vurdert ved hjelp av indeksskårar frå Repeatable battery assessment of neuropsychological status. For å svare på forskingsspørsmåla vart dataen systematisk samla inn og koda ved hjelp av videoopptak. For å samle inn videodata vart ein utdanna assistent tildelt å ta videoopptak av ein deltakar iløpet av fire økter i kvar intervensjon.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Usikkert. Det blir forklart at det ikkje er gjort studie med samanlikning av desse to natur baserte aktivitetane før. Det visast til noko bakgrunnskunnskap at slike aktivitetar kan påverke livskvaliteten positivt.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Usikkert, men det kjem fram at det var samtykke, enten frå omsorgsperson eller deltakaren sjølv. «the instructional review board of Colorado state university» godkjende studien.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

ACT (activity-in-context-in-time) vart nytta til å måle dataene. ACT er eit direkte observasjonsverktøy som systematisk kaprar observerte oppførsler av personar med demens, som indikerer positive, nøytrale, og negative indikatorar for livskvalitet i spesifikke kontekstar. Metode for kontinuerlig tidsprøvetaking vart nytta for å dokumentere den observerte yrkesmuligheten, og for å ta opp om kvar livskvalitets indikator (QoL) kode var tilstades eller ikkje.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Funna vert diskutert mot relevant teori og kilder. Funna vert presentert i tabellar og løpande tekst. Både funna frå adaptiv ridning og adaptivt hagearbeid vert diskutert mot kvarandre og opp mot livskvaliteten.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar:Forskarane legg fram at funna kan informere helsepersonell om anbefalingar knytta til adaptivt hagearbeid og ridning, vitande om at dette kan gi fordelar for emosjonell velvære og deltaking for personar med demens. Det vert også gitt nokre tips til framtidig forskning.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Kritisk vurdering av:

Fielder, H. & Marsh, P. (2020). I used to be a gardener: connecting aged care residents to gardening and to each other through communal garden sites. *Australian Journal on Ageing*, 2021(40), 29-36.

<https://doi.org/10.1111/ajag.12841>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Formålet med studiet var å utforske bebuarane si nytte av felles hageplassar som eit rom for hagearbeid og sosial tilknytting.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studiet har som formål å utforske ved hjelp av intervju.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det vert forklart at ved å bruke semistrukturerte dybdeintervju, får ein ei samling av diverse data frå forskjellige levde opplevingar og forståingar.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Deltakarar inkluderte tilsette, bebuarar, kommunale medlem og familiemedlem. Potensielle deltakarar vart kontakta via postkort via sjukeheimen, som oppfordra alle med ein interesse for hagearbeid i å ta kontakt. Karakteristika er beskrive ved kort beskriving av kven personen er (tilsett eller bebuar, og kva dei gjer), samt kvar dei vart intervjuet.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det vart gjort semistrukturerte dybde intervju ifrå 10-60 minutt. Intervjua vart deretter analysert ved å bruke tematiske analyse teknikkar. Dei to forskarane jobba individuelt, og møttes deretter for å diskutere, utforske og vertifisere resultatane. Dei innsamla kodane vart så vidare analysert gjennom ein prosess av diskusjon, kartlegging og refleksjon. Dette genererte seks tema og undertema relevant til studiets formål.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Begge forskarane har vore aktivt deltakande i eit kommunalt hagearbeids-program sidan det vart oppretta i 2017, men det lagg ikkje føre om dette har påverka tolkinga av dataen.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det lagg føre etiske godkjenningar av ein etiske komite. For å sikre meiningsfull deltaking av personar med demens, nytta dei ein metode for samtykke og knytta bånd med deltakarar familie og omsorgspersonar før intervju. Intervjua vart også gjort i trygge og kjende omgjevnader.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det er nytta fenomenologisk kvalitativ analyse. Det er ein klar samanheng mellom innsamla data og sitat som kjem fram. Både motstridande og positive data er tatt med i analysen. Dataene vart analysert ved hjelp av tematiske analyseteknikkar.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Funna er klart og ryddig presentert tematiske under overskrifter, både med sitat og samandrag. Problemstillinga vert besvart.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar:

Det kom fram at hagearbeid kan vere nyttig for livskvaliteten hos eldeomsorgsbebuarar då dei kunne knytte sin identitet til gartnerar og koble sosiale relasjonar. Det lagg også føring for korleis oppnå dette.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Kritisk vurdering av:

Hernandez, R. O. (2007). Effects of therapeutic gardens in special care units for people with dementia. *Journal of Housing Elderly*, 21(1-2), 117-152.

https://doi.org/10.1300/J081v21n01_07

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

Kommentar:

Forskarane ville undersøke korleis bruka, innverknaden og moglegheitane ein terapeutisk hage kunne gi personar med demens på sjukeheim. Forskarane ville finne svar på det på grunnlag av at terapeutiske hagar kan vere med å bidra til auka livskvalitet hos personar med demens.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studia har ein undersøkjande metode.

3. Er utforminga av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillinga?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det er nytta kvalitativ metode, då dette samsvarar til forskingsspørsmålet som er basert på meining og forståing.

4. Er utvalgsstrategia hensiktsmessig for å besvare problemstillinga?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det er blitt gjort intervju av tilsette, familiemedlem og bebuarar ved sjukeheimen. Det er ikkje gjort rede for kvifor dei er vald ut. Karakteristika kjem fram ved sitat der det kjem eit navn og om det er tilsette, pårørande eller ein bebuar som snakkar.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillinga ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Den kvalitative metoden gjev ein djupare forståing av menneskets opplevingar i forhold til forskingsspørsmålet. Det vart både gjort intervju, observasjonar og atferdsregistrering. Intervjua vart filma.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkninga av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

Kommentar:

Det vert sagt at det er klare rettningslinjer og annbefalingar rundt slike uteområde for personar med demens, men det er ikkje mykje forska på evaluering etter installasjon av terapeutiske hagar på instutisjonar for personar med demens. Det vert ikkje sagt noko om bakgrunnsforhold utanom beskriving av behov for forking på feltet.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det kjem fram at intervjuar var konfidensielle, og deltagarane i studiet hadde moglegheita til å trekkje seg når som helst.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det kjem fram at det vart identifisert ei liste av konsept frå intervjuar. Tre av desse temaene dukka opp gjennom diskusjon som eit resultat av analyse. Dataene frå intervjuar og observasjonane vart skrive ned analytiske notat, samt notat under atferdsobservasjon vart skrive ned direkte i AARS-skjema. Datasamlinga vert beskrive på ein enkel og ryddig måte.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Funna vert diskutert opp mot eksisterande teori og relevante kilder. Det vert nytta bilete, direkte sitat og samandrag. Data vert presentert på ein ryddig måte punktvis under ulike tema. Problemstilling vert besvart og det kjem også fram døme på forbetringar på eksisterande fasilitetar samt refleksjon på slutten.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Studia vart diskutert opp mot relevant forskning og avdekkar behov for mer forskning då det kjem fram ei rekkje forbetringstips. Det vert foreslått at terapeutiske hagar burde vert intregret i instutisjonar for personar med demens.