



Hug- og Félagsvísindasvið

Nútímafræði 2014

Eden Hugmyndafræðin og geðsjúkdómar

Nútíma hugsun í rekstri hjúkrunarheimila

Bergþóra Andrea Hilmarsdóttir

Lokaverkefni til B.A gráðu í Nútímafræði

Hug- og Félagsvísindasvið

Nútímafræði 2014

Eden Hugmyndafræðin og Geðsjúkdómar

Nútíma hugsun í rekstri hjúkrunarheimila

Bergþóra Andrea Hilmarsdóttir

Lokaverkefni til 180 eininga BA-prófs við Hug- og félagsvísindasvið

Leiðbeinandi Giorgio Baruchello

Ég lýsi því hér með yfir að ég ein er höfundur þessa verkefnis og að það er ágóði eigin rannsókna.

Bergþóra Andrea Hilmarsdóttir

Það staðfestist hér með að lokaverkefni þetta fullnægir að mínum dómi kröfum til B.A- prófs
við Hug- og félagsvísindasvið

Giorgio Baruchello

Útdráttur

Tilgangurinn með gerð þessarar fræðilegu samantektar var að gera Eden hugmyndafræðina sýnilegri í augum almennings og heilbrigðisstarfsfólks og þeirra sem starfa með eldri borgurum sem eiga við geðræn vandamál að stríða og búa á hjúkrunarheimilum fyrir geðsjúka. Ég leitaðist við að svara rannsóknarspurningunni: Hentar Eden hugmyndafræðin einstaklingum með geðsjúkdóma og getur hún bætt lífsgæði þeirra og dregið úr hjálparleysi, einmanaleika og leiða. Eden hugmyndafræðin er nútímaleg hugsun um hjúkrunarheimili hún gengur út að draga úr stofnanaumhverfinu sem er kalt og hrátt og draga úr hjálparleysi, einmanaleika leiða og þar með auka lífsgæði eldri einstaklinga svo þeim líði eins og heima hjá sér. Eldri einstaklingar með alvarlega geðsjúkdóma eru bæði passívir og vanvirkir, því er farið er yfir einkenni bæði alvarlegra geðsjúkdóma og geðraskana. Mikilvægt er að starfsmenn hjúkrunarheimila og sambýla sem starfa eftir Eden hugmyndafræðinni fari á námskeið og kynni sér hugmyndafræðina svo þeir hafi þekkingu, hæfni og rétt viðhorfið til heimilisins. Við gerð þessarar fræðilegu heimildasöfnunar aflaði ég mér heimilda í erlendum og íslenskum gagnasöfnum, þaðan notaði ég fræðigreinar og rannsóknir um Eden hugmyndafræðina og geðsjúkdóma. Niðurstöður úr þessum greinum sýndu að Eden hugmyndafræðin eflir lífsgæði einstaklinga með geðsjúkdóma og annarra vistmanna á hjúkrunarheimilum. Geðsjúkdómur er sjúkdómsástand þar sem andleg líðan einstaklingsins hefur áhrif á og truflar hugsun, tilfinningar, samskipti við aðra einstaklinga og veldur takmörkunum á athöfnum daglegs lífs og vegur misþungt á lífsgæði þeirra. Geðsjúkdómar geta haft áhrif á einstaklinga á öllum aldri, kynþáttum og trúarbrögðum, þeir eru ekki afleiðing veikleika, félagslegs umhverfis, eða því að einstaklingurinn komi frá fátæku heimili. Geðsjúkdómar hafa mikil áhrif á fjölskylduna því er mikilvægt að fjölskyldan fái bæði fræðslu og stuðning þegar eldri einstaklingur með geðsjúkdóm flytur á hjúkrunarheimili. Mín ályktun er sú, að ef hægt væri að gera aldraða sem búið hafa á stofnunum vegna síns geðsjúkdóms meira sjálfbjarga og draga úr einmanaleika þeirra, hjálparleysi og leiða með því að vinna eftir Eden hugmyndafræðinni þá munu lífsgæði þeirra eflast.

Lykilhugtök: Eden hugmyndafræðin, geðsjúkdómar og hjúkrunarheimili og fjölskyldur.

Abstract

The purpose of the preparation of this literature review was to make the Eden philosophy visible in the eyes of the public and health professionals and those working with senior citizens who have mental health problems and live in nursing homes for the mentally ill. I sought to answer the question; Does the Eden alternative fit individuals with mental illnesses and can it improve the quality of life and reduce their helplessness, loneliness and boredom. The Eden concept is a modern thought about a nursing home, and goes out to reduce the cold and raw institutional environment and reduce helplessness, loneliness and boredom, and thereby enhances the quality of life for older individuals so they can feel like home. Older individuals with severe mental illnesses are both passive and dysfunctional, the crossing characterizes of both serious mental illnesses and mental disorders. It is important that nursing home staff and collectivism employed by the Eden philosophy embark on a course and learn about the philosophy so they have the knowledge, skills and the right attitude towards the home. In preparing these theoretical source documents I looked at foreign and local databases. I used scholarly articles and research on the Eden philosophy and mental illnesses. Results from these subjects showed that the Eden philosophy promotes the quality of life of individuals with mental illnesses and other residents in nursing homes. Mental illness is a medical condition in which a person's mental health affects and interferes with thinking, emotions and communication with other individuals, causing limitations in activities of daily life and can weigh heavily on their quality of life. Mental illnesses can affect persons of all ages, races and religions, they are not the result of weakness, social environment or that the person comes from a poor home. Mental illnesses have a major impact on the family and it is important that the family receives both information and support when an older person with mental illness moves to a nursing home. My conclusion is that if one could make the elderly who have lived in institutions because of their mental illness more self-sufficient and reduce their loneliness, helplessness and boredom by working with the Eden philosophy, their quality of life will grow.

The key issues in this report are: Eden Alternative, mental illnesses, nursing homes and families.

Þakkarorð

Ég vil byrja á því að þakka fjölskyldu minni fyrir stuðning, þolinmæði og hvatningu, sérstaklega maka og börnum fyrir umbyrðarlyndi og stuðning á meðan á náminu stóð.

Ég vil þakka leiðbeinanda mínum Giorgio Baruchello fyrir áhugasemi, hvatningu og vingjarnlegt viðmót og skjót svör.

Einnig vil ég þakka yndislegri æskuvinkonu minni Björk Önnudóttur fyrir ómetanlegann stuðning, hvatningu og hjálpsemi við gerð þessarar ritgerðar.

Að lokum vil ég þakka Hólmfríði Lilju Bjarkar fyrir aðstoð við þýðingu útdráttar.

Efnisyfirlit

| | |
|--|-----|
| Útdráttur..... | iii |
| Abstract..... | iv |
| 1 Inngangur..... | 2 |
| 2 Fræðileg samantekt | 7 |
| 2.1 Geðsjúkdómar..... | 7 |
| 2.1.1 Fjölskylda einstaklings með geðsjúkdóm..... | 8 |
| 2.1.2 Alvarlegt þunglyndi (e. <i>Major depression</i>) | 9 |
| 2.1.3 Geðklofi (e. <i>Schizophrenia</i>)..... | 9 |
| 2.1.4 Geðhvörf (e. <i>Bipolar disorder eða manic depressive illness</i>)..... | 10 |
| 2.1.5 Áráttu - þráhyggjuröskun (e. <i>Obsessive-compulsive Disorder</i>)..... | 11 |
| 2.1.6 Ofsahræðsla (e. <i>Panic Disorder</i>)..... | 11 |
| 2.1.7 Áfallastreituröskun (PTSD) e. <i>Posttraumatic Stress Disorder</i> | 12 |
| 2.1.8 Persónuleikaröskun (BPD) Borderline Personality Disorder..... | 12 |
| 2.2 Geðraskanir..... | 12 |
| 2.2.1 Greiningar og tölfræðiskali geðraskan..... | 13 |
| 2.2.2 Fælni (e. <i>Phobia</i>)..... | 13 |
| 2.2.3 Almenn kvíðaröskun (GAD) <i>Generalized Anxiety Disorderer</i> | 14 |
| 2.2.4 Félagsfælni..... | 14 |
| 2.2.5 Þunglyndi aldraðra..... | 15 |
| 3. Kafli..... | 19 |
| 3.1 Að flytja á hjúkrunarheimili..... | 20 |
| 3.1.1 Þróun einstaklingsmiðaðra hjúkrunarheimila | 23 |
| 3.2 Eden hugmyndafræðin..... | 25 |
| 3.2.1 Undirstöðureglur umhyggju (Care)..... | 27 |
| 4. Kafli..... | 35 |
| 4.1 Aðferðafræði og úrvinnsla gagna..... | 35 |

| | |
|---|----|
| 4.2 Hjúkrunarheimilið..... | 39 |
| 4.2.1 Viðtöl við starfsmenn hjúkrunarheimilisins..... | 40 |
| 4.2.2 Viðtöl við íbúa hjúkrunarheimilisins..... | 47 |
| 5. Umfjöllun um niðurstöður..... | 51 |
| 6. Lokaorð..... | 61 |
| Heimildaskrá | 62 |

Kafli 1

Inngangur

Í þessari heimildasamantekt leitast höfundur við að svara spurningunni hentar Eden hugmyndafræðin einstaklingum með geðsjúkdóma og getur hún bætt lífsgæði þeirra og dregið úr hjálparleysi, einmanaleika og leiða. Tilgangurinn er að vekja athygli á Eden hugmyndafræðinni sem er nútímaleg nálgun í rekstri hjúkrunarheimila og reyna að varpa ljósi á hvort hún hafi áhrif á lífsgæði eldri einstaklinga með geðsjúkdóma sem býr á hjúkrunarheimilum. Einnig er mjög mikilvægt að starfsfólk hjúkrunarheimila fái fræðslu og góða innsýn í Eden hugmyndafræðina, svo hún komi íbúum, starfsfólki og rekstraraðilum hjúkrunarheimilanna að góðum notum. Nauðsyn góðrar fræðslu er undirstaða þess að Eden hugmyndafræðin virki og til komi umhyggja, vellíðan, öryggi og virkara líf fyrir einstaklinga sem búa á hjúkrunarheimilum.

Höfundur Eden hugmyndafræðinnar Dr William H. Thomas starfaði eftir nám sitt í læknisfræði á hefðbundnu hjúkrunarheimili, það var starf sem hann var í upphafi tregur til að taka að sér, þar sem honum fannst hjúkrunarheimili í raun endastöð fyrir einstaklinga sem ekki var hægt að lækna. Dag einn var Thomas á stofugangi, og hitti gamla konu sem var hrufluð á hendi hann „tók í höndina á henni, heilsaði henni og kynnti sig, og spurði hvað get ég gert fyrir þig“? Hann gleymir aldrei fallegu bláu augunum hennar, þegar hún dró hann nær sér og sagði, „ég er svo einmana“. Þessi orð hljómuðu innra með honum svo vikum skipti. Hann leitaði lausna í læknabók sinni enn fann engin svör, svo hann hugsaði hvernig væri hægt að bæta umhverfi einstaklingsins og draga úr einmanaleikanum. Þetta litla atvik varð til þess að hann hugsaði um það hvernig væri hægt að skapa mannsæmandi og notalegt umhverfi og hvað það þýðir að hugsa um aðra manneskju (Thomas, 1996).

Geðsjúkdómur eru sjúkdómsástand þar sem andlega líðan einstaklingsins hefur áhrif á og truflar hugsun, tilfinningar og samskipti við aðra einstaklinga og veldur takmörkunum á

athöfnum daglegs lífs. Þeir geðsjúkdómar sem farið verður yfir í þessari ritgerð eru: alvarlegt þunglyndi, geðklofi, geðhvarfasýki, árattu-þráhyggjuröskun (OCD), ofsahræðsla, áfallaröskun (PTSD) og persónuleika röskun (Borderline). Geðraskanir sem farið verður yfir eru fælmi, almenn kvíðaröskun og félagsfælmi.

Tilgangur umfjöllunarinnar er að vekja athygli á Eden hugmyndafræðinni og reyna að varpa ljósi á hvort hún hafi áhrif á og geti bætt lífsgæði eldri einstaklinga með geðsjúkdóma sem búa á hjúkrunarheimilum. Einnig er mjög mikilvægt að starfsfólk hjúkrunarheimila fái fræðslu og góða innsýn í Eden hugmyndafræðina, svo hún komi íbúum og starfsfólki hjúkrunarheimilanna að góðum notum. Starfsmenn þurfa að hafa þekkingu, hæfni og gott viðhorf að leiðarljósi til þess að draga megi úr einmanaleika, leiða og hjálparleysi heimilismanna. Nauðsyn góðrar fræðslu er undirstaða þess að Eden hugmyndafræðin virki til að tryggja umhyggju, vellíðan, öryggi og virkara líf fyrir einstaklinga sem búa á hjúkrunarheimilum.

Ástæða þess að Eden hugmyndafræðin og umfjöllun um geðsjúkdóma og geðraskanir varð fyrir valinu er sú að höfundur ritgerðarinnar er að vinna á hjúkrunarheimili fyrir einstaklinga með geðsjúkdóma og á því hjúkrunarheimili er unnið út frá Eden hugmyndafræðinni. Frá því höfundur hóf störf á hjúkrunarheimilinu hefur hann velt fyrir sér hvort unnið er eftir Eden hugmyndafræðinni eins og Dr. Thomas lagði upp með hana. Rétt er að benda á að einstaklingar sem haldnir eru geðsjúkdómum geta verið mjög óvirkir og þurfa oft hvatningu til að taka ákvarðanir í sambandi við hvað þeir vilji gera, hvaða fatnað þeir vilja fara í, einnig þarf að hvetja þá til að fá sér sjálfir á matardiskinn til að auka sjálfstæði þeirra í sambandi við ákvarðanir. Kosturinn við að íbúar hafi val getur dregið úr hjálparleysi og eflir að öllum líkindum sjálfstraust einstaklingsins.

Eden hugmyndafræðin gengur út á þessa nýju hugsun um hjúkrunarheimili, þar sem hún starfar eftir meginreglum bæði vistfræði og mannfræði í baráttunni við að bæta lífsgæði heimilismanna sinna. Markmið Eden hugmyndafræðinnar er einnig að hvetja stjórnendur

hjúkrunarheimila til að hugsa minna eins og stjórnendur og meira eins og náttúrusinnar. Á hjúkrunarheimilinu sem höfundur starfar á eru oft skemmtilegar uppákomur, sem er alveg í anda Eden hugmyndafræðinnar. Nánast vikulega er spilað á hljóðfæri í húsinu, það koma kórar og syngja fyrir heimilismenn, guðspjónustur og böll eru haldnar reglulega fyrir allt húsið. Þeir einstaklingar sem búa á geðheimilinu, fara þó sjaldan á þessar uppákomur, ef þeir fara eru það kannski tveir til þrír einstaklingar, þeir eru alltaf mjög þakklátir og ánægðir eftir hverja uppákomu sem þeir fara á.

Minnisstætt er eitt skipti þegar boðið var uppá guðspjónustu í húsinu, spurt var alla tíu íbúana á heimilinu, hvort þeir vildu fara og þrír þeirra sögðust vilja fara, Einn af þeim af þeim einstaklingum sem vildi fara er mikið í eigin heimi og var höfundi sagt að viðkomandi gæti ekki farið á guðspjónustuna því það væri ekki hægt að skilja hann eftir, því hann gæti ekki setið kyrr. Mér fannst samt allt í lagi að athuga hvort hann gæti farið og verið á guðspjónustunni. Við fórum tveir starfsmenn niður með þessa þrjá íbúa og sögðum að það væri þá bara farið upp aftur ef það gengi ekki það var allavega í lagi að láta reyna á það hvort það væri hægt, fyrst viðkomandi sagðist vilja fara á guðspjónustuna. Guðspjónustan var rétt byrjuð þegar við komum svo við settumst niður. Íbúinn sem ekki átti að getað farið á guðspjónustu byrjar að syngja með sálminum sem presturinn og viðstaddir sungu, það sem snart mig mest var að „hann kunni sálminn“ svo ég fann fyrir hann bók og sálmablað sem verið var að syngja eftir og rétti honum, og þarna sat þessi einstaklingur og söng með, „einstaklingurinn sem ekki þótti hæfur til að fara í guðspjónustu“ og sat kyrr næstu þrjú korterin, þangað til guðspjónustunni lauk ánægður og glaður. Það stakk mig einnig eftir að við komum niður og ég var að leita að blöðunum handa íbúunum, og tek tali starfsmann sem starfar í húsinu, hann hallar sér að mér og segir, fallet af ykkur að koma með þau niður. (ég var hissa, var það fallet af okkur ? var ekki guðspjónustan fyrir alla í húsinu ?). að mati höfundar hafa íbúarnir á geðheimilinu jafnmikinn og greiðann aðgang að guðspjónustu eins

og allir hinir. Þetta er útgangspunkturinn fyrir að ég valdi ég taka Eden hugmyndafræðina og geðsjúkdóma í ritgerðinni minni og athuga hvort og hvernig Eden hugmyndafræðin nýtist einstaklingum með geðsjúkdóma á Íslandi í dag.

Gildi

Gildi þessarar samantektar fyrir Nútímafræðina er upplýsa og vekja til umhugsunar almenning, heilbrigðistarfsmenn og stjórnendur hjúkrunarheimila þar sem einstaklingar með geðsjúkdóma búa, um að enginn velur sér að vera með geðsjúkdóm sem kippir einstaklingnum oft út úr lífinu sem hann lifir og hans bíði ekkert annað enn að verða verður vistmaður stofnunnar. Einstaklingur með geðsjúkdóm hefur ekkert val, hann þarf að læra að lifa með sjúkdómnum. Oft á tíðum eru lítil úrræði í boði fyrir þessa einstaklinga, nema stofnanir og hjúkrunarheimili, því eru þeir oft yngri enn gengur og gerist á hjúkrunarheimilum fyrir eldri borgara þar sem engin önnur meðferðarúrræði eru í boði því er mikilvægt að tryggja þeim mannsæmandi lífsgæði.

Helstu hugtök sem voru notuð í heimildarsamantektinni eru: Eden alternitive, geðsjúkdómar, hjúkrunarheimili og fjölskylda. Hugtakið hugmyndafræði er skilgreint sem heildstæð lýsing á samfélaginu ásamt hugmyndum um hvernig hægt sé að breyta því til hins betra. Hugtakið geðsjúkdómur er skilgreint sem sjúkdómsástand þar sem andlega líðan einstaklingsins hefur áhrif á og truflar hugsun, tilfinningar, samskipti við aðra einstaklinga og veldur takmörkunum á athöfnum daglegs lífs Hugtakið hjúkrunarheimili er skilgreint sem allar stofnanir sem hafa hjúkrunarrými. Hjúkrunarrými eru ekki eingöngu ætluð öldruðum. Hugtakið fjölskylda er skilgreint sem hópur einstaklinga sem á sameiginlegt heimili þar sem þeir deila saman tómsundum, hvíld, tilfinningum, efnahag, ábyrgð og verkefnum. Meðlimir eru oftast fullorðnar manneskjur af báðum kynjum eða einstaklingur, ásamt barni eða börnum

þeirra. Þau eru skuldbundin hvort öðru í siðferðilegri og gagnkvæmri hollustu (Hrefna Ólafsdóttir, 2006).

Þessi heimildarsamantekt er byggð upp á fjórum megin þemum en þau eru, Eden hugmyndafræðin, geðsjúkdómar, fjölskylda og hjúkrunarheimili. Í byrjun annars kafla þessarar heimildarsamantektar verður fjallað um fjölskyldur einstaklinga með geðsjúkdóma, þar á eftir er fjallað almennt um geðsjúkdóma og einkenni þeirra. Í þriðja kafla er fjallað um flutning á hjúkrunarheimili og Eden hugmyndafræðina, hvernig hugmyndafræðin er byggð upp og hvaða kosti hún hefur fyrir einstaklinga sem búa á hjúkrunarheimilum. Í fjórða kafla er greining viðtala við íbúa og starfsmenn hjúkrunarheimilisins. Að lokum er samantekt úr efninu sem að ég fjallaði um í fyrri köflum.

Gagnasöfnin sem notuð voru við heimildaleitina eru: google scholar, ScienceDirect, pupmed, google. Helstu leitarorðin sem notuð voru við heimildarleitina eru: Mental illness, Schizophrenia , long time care, residents, Eden alternative, mental illness og quality of life.

Helstu takmarkanir við gerð þessarar samantektar var skortur á fræðilegu efni á íslensku um Eden hugmyndafræðina.

Kafli 2

Fræðileg samantekt

Í kafla tvö í þessari fræðilegu samantekt ætla ég að byrja á að fjalla um fjölskyldur einstaklinga með geðsjúkdóma (mental illness). Þar á eftir mun ég greina frá nokkrum alvarlegum geðsjúkdómum eins og alvarlegu þunglyndi, geðklofa, geðrofi, árattu og þráhyggjuröskun, geðhvarfasýki og einkennum þeirra. Í framhaldinu af því mun ég fjalla almennt um geðraskanir eins og fælni, almenna kvíðaröskun og einkenni þeirra. Að því loknu mun ég skoða, Greiningar og statistical skala geðraskana (DSM- IV). Að lokum mun ég skoða hvað helst veldur þunglyndi aldraðra.

2.1 Geðsjúkdómar

Geðsjúkdómur eru sjúkdómsástand þar sem andleg líðan einstaklingsins hefur áhrif á og truflar hugsun, tilfinningar, samskipti við aðra einstaklinga og veldur takmörkunum á athöfnum daglegs lífs.

Alvarlegir geðsjúkdómar eru alvarlegt þunglyndi, geðklofi, geðhvarfasýki, árattu-þráhyggjuröskun (OCD), ofsahræðsla, áfallaröskun (PTSD) og persónuleika röskun (Borderline). Góðu fréttirnar við geðsjúkdóma er að þeir eru meðhöndlanlegir og bati er mögulegur.

Geðsjúkdómar geta haft áhrif á einstaklinga á öllum aldri, kynþáttum, trúarbrögðum og eru óháðir tekjum. Geðsjúkdómur eru ekki afleiðing veikleika, félagslegs umhverfis, eða því að einstaklingurinn komi frá fátæku heimili. (NAMI, 2013-a).

Þekkt hefur verið í yfir tvær aldir að lífslíkur fólks með geðsjúkdóma sé 20% minna en heildar mannfjöldans í efnahagslega stöndugum löndum. Þar hefur áhrif, lífstílsathafnir, eins og lítil hreyfing, og hátt hlutfall offitu, ásamt hárrí tígðni reykinga og slæms fæðis, sem veldur sjúkdómum eins og háþrýstingi, háu kólesteróli, sykursýki og offitu (Thornicroft, 2011).

Að auki eru tölur um ónáttúrulegan dauða, ónáttúrulega háar, aðeins 80% einstaklinga með geðklofa deyja af náttúrulegum orsökum, miðað við 97% af heildarmannfjölda sem er ekki með geðklofa, þessi háa tíðni er tengd slysum og sjálfsmorðum. Geðsjúkir fá síður krabbameinsskimun, vegna erfiðleika við meðferðarhaldni, það verður erfiðara að eiga við sjúkdóminn vegna einkenna geðsjúkdómsins og lyfjanna. Það er staðreynd að lífslíkur einstaklings sem haldinn er geðsjúkdómi er 20 árum skemur hjá körlum og 15 árum skemur hjá konum, heldur en heilbrigðum einstaklingi. Líf einstaklinga með geðsjúkdóm virðist oft vera minna metið sem er brot á mannréttindum þeirra (Thornicroft, 2011).

2.1.1 Fjölskylda einstaklinga með geðsjúkdóm

Geðsjúkdómar hafa ekki eingöngu áhrif á einstaklinginn sem er með sjúkdóminn heldur fjölskyldu hans líka. Fyrir utan það að einstaklingurinn er með alvarlegan geðsjúkdóm er fjölskyldan á þeim stað að vera bæði fjölskylda einstaklingsins og ummönnunaraðili, sem bæði syrgir einstaklinginn, skammast sín fyrir hann, hefur sektarkennd, ásakar sjálfann sig og er sá aðili sem er í sambandi við heilbrigðisstarfsfólk. Fjölskylda einstaklings með alvarlegan geðsjúkdóm getur haft áhrif á ástand sjúkdómsins, þess vegna er mikilvægt að taka fjölskylduna með til að skoða vilja og ummönnunarbyrði fjölskyldunnar um meðhöndlun einstaklingsins. Flestir aðstandendur vilja upplýsingar, aðstoð, og stuðning um hvernig best sé staðið að ummönnun hins geðsjúka, sem getur haft mikil áhrif á vellíðan einstaklingsins og lækni meðferð hans (Crowe, Lyness, 2013).

Algengt er að aðstandendur einstaklinga sem haldnir eru geðsjúkdóm og búa heima hjá sér lenda í þeim aðstæðum að ummönnunin verður þeim byrði, veldur stressi og þeir tapa sjálfir heilsu oft bæði líkamlega og andlega sem er afleiðing ummönnunar í heimahúsi. Bæði heilsa aðstandandans og hins sjúka einstaklings hafa áhrif á ummönnunarbyrðina því aðstandendur

vanrækja sýna eigin heilsu og leyna upplýsingum um eigin heilsufar (Chang, Chiou, Chen, 2009).

2.1.2 Alvarlegt þunglyndi (e. *Major depression*)

Alvarlegt þunglyndi er ástand sem er meira en tímabundin tilfinningaleg depurð eða leiði. Það er alvarlegt andlegt sjúkdómsástand sem hefur áhrif bæði tilfinningalega og líffræðilega. Alvarlegt þunglyndi hefur áhrif á hugsanir einstaklingsins, tilfinningar, hegðun, skap og líkamlega heilsu. Þunglyndi er ævilangt ástand þar sem tímabil vellíðunnar breytist með endurteknum veikindum sumir fá eitt þunglyndiskast á ævinni en aðrir endurtekin köst. Alvarlegt þunglyndi getur lagst á alla aldurshópa, kynþætti, þjóðernis og þjóðfélagshópa (Duckworth, Freedman, 2012).

2.1.3 Geðklofi (e. *Schizophrenia*)

Geðklofi er alvarlegur geðsjúkdómur sem hefur, sem dæmi, áhrif á 2,4 milljónir fullorðinna einstaklinga í Ameríku, sem eru 18 ára og eldri. Geðklofi leggst nokkuð jafnt á konur og menn, en aldurslega er birtingamynd geðklofa hjá ungum körlum oftast um tvítugsaldur, en hjá konum um þrítugsaldur. Erfitt hefur verið að finna orsakir geðklofa þar sem orsökina virðast einstaklingsbundin. Geðklofi truflar getu einstaklingsins til að hugsa skýrt, stjórna tilfinningum sínum, taka ákvarðanir og eiga samskipti við aðra, ómeðhöndlaður geðklofi dregur úr möguleikum einstaklingsins til að njóta lífsins. Því miður er engin ein einföld meðferð til staðar en rannsóknir hafa tengt geðklofa við fjölmargar mögulegar orsakir, eins og uppbyggingu og efnafræði heilans, auk þess sem talið er að umhverfis þættir hafi áhrif. Langtímarannsóknir hafa sýnt að sjúklingar með greindann geðklofa læra að lifa með sjúkdómnum og læra á sjúkdómseinkenni sín og nýta styrkleika sýna (Duckworth, 2013). Aðaleinkenni geðklofa eru vaxtareinkennin, með ranghugmyndum, ofskynjunum, talmáli og óskipulegu tali. Einkennum geðklofa er skipt í tvo hópa sýkióska og óreiðu. Í fyrsta lagi er

sýkiósk vídd, sem veldur því að einstaklingurinn er með ofskynjanir og ranghugmyndir. Í öðru lagi óreiðuvídd, enn óreiðuvíddin ýtir undir óskipulega hegðun og óskipulegt tal (Geðhjálp, e.d.). Chlorpromazine var sett á markað 1954 í Bandaríkjunum undir heitinu Thorazine, það var vel auglýst geðklofalyf. Það þótti mjög byltingarkennt og átti hreinlega að laga heilann á svipaðann hátt og skurðaðgerðir höfðu gert en það væri mun öruggara. Upphaflega var vitað að lyfið væri ekki að laga neitt, heldur væri um að ræða lyf sem róaði niður einstaklinga með geðklofa svo þeir yrðu meðfærilegri. Nokkrum árum síðar var Thorazine selt sem lækning geðklofa. Á svipuðum tíma er líka farið að koma fram hugmyndir um að offramleiðsla heilans á dópamíni gæti verið orsök geðklofa, lyfin voru þá notuð til að og hindra upptöku dópamíns, og um leið draga úr einkennum geðklofa. Lyfin höfðu líka neikvæð áhrif á einstaklingana þeir urðu sljóir og leið eins og föngum í eigin líkama, sem varð til þess að margir hættu að taka lyfin. Lyfin virðast einnig hafa dregið úr bata því margir sem fengu engin lyf náðu sér fremur en þeir sem tóku þau. Ef lyfin voru tekin of hratt af einstaklingunum urðu þeir veikari. Það sem lyfjafyrirtækin sögðu ekki var að þeir sem voru ekki á lyfjum eða höfðu verið teknir af þeim í rólegheitunum náðu frekar bata, en þeir sem voru á lyfjum. Lyfjaframleiðendur sem auglýsa, selja og setja á markað ný og byltingarkennd lyf skyldi þó taka með varúð því það er engin lækning við geðklofa, enn þann dag í dag (Sigurður Hólm Gunnarsson, 2013).

2.1.4 Geðhvörf (e. *Bipolar disorder eða manic depressive illness*)

Geðhvörf eru líka þekkt undir nafninu geðhvarfasýki og tvískauta lyndisröskun enn eru ekki eins algeng og þunglyndi, enn þeim mun erfiðari viðureignar þar sem geðhvarfasýki á sér líffræðilegar rætur. Geðhvarfasýki einkennist af óreglulegu hugarástandi með bæði uppsveiflum (örlyndi) og niðursveiflum (þunglyndi), þau geta líka komið samtímis og kallast slíkt ástand þá (tvílyndi). Einstaklingur í örlyndi getur verið ör, talað mikið og verið mjög orkumikill (oflæti/manía). Örlyndi er þegar hugsunarháttur, dómgreind og félagsleg hegðun

veldur því að einstaklingur sem er í örlyndi, lendir í vandamálum oft alvarlegum í samfélaginu (Rúnar Helgi Andrason, e.d.). Einkennin koma fram á örlyndi (maníu) stiginu og fela í sér óeðlilega mikla gleði eða einstaklingnum finnst hann vera mjög orkumikill, sjálfsánægður og er með fullt af nýjum hugmyndum og athöfnum, talar hratt, enn truflast auðveldlega, og gerir hluti sem veitir honum tímabundna ánægju enn hefur slæmar afleiðingar fyrir einstaklinginn, eins og að eyða fullt af peningum, eða taka þátt í áhættusömum kynferðislegum athöfnum, og hvorki sofa né borða. Einkenni þunglyndis fasans (depression), fela í sér leiða og hjálparleysi og einstaklingnum finnst hann tómur eða einskis nýtur er sakbitinn eða örvæntingarfullur, orkulaus og á erfitt með að einbeita sér og muna hluti og missir áhuga og ánægju af athöfnum hversdagsins, og hefur efasemdir um sjálfann sig, og getur átt í vandamálum með svefn, bæði við að sofna og vakna snemma. Einstaklingurinn getur líka upplifað sjálfsmorðshugsanir. Geðhvörf geta síðan gert vart við sig á hvoru stiginu sem er (Hardy, 2013).

2.1.5 Áráttu- þráhyggjuröskun (OCD) e. *Obsessive-compulsive Disorder*

Áráttu- þráhyggjuröskun einkennist af endurtekinni ofsahræðslu og óæskilegum hugsunum með (þráhyggju), sem virðist ómögulegt að stjórna (áráttu). Sumir eru með sérstaka áráttu eins og að telja eitthvað, raða, og þrifa og þeir verða að gera það mörgum sinnum á dag því annars finnst þeim eitthvað slæmt gæti gerst fyrir þá, eða jafnvel ástvini þeirra. Fólk með Áráttu- þráhyggjuröskun getur verið meðvitað um að sjúkdómurinn er ekki rökrænn hjá þeim enn óttast þó að hugsanirnar þess gætu verið réttar (Duckworth, Freedman, 2012).

2.1.6 Ofsahræðsla (e. *Panic Disorder*)

Ofsahræðsla er skilgreint sem kvíðakast sem einkennist af hræðsluköstum sem geta komið oft, og án nokkurs fyrirvara, með líkamlegum einkennum eins og örum hjartslætti, brjóstverk, hjartsláttaróreglu og uppþembu. Einstaklingnum finnst hann ekki hafa stjórn á tilfinningum sínum og óttast jafnvel að deyja (Duckworth, Freedman, 2012).

2.1.7 Áfallastreituröskun (PTSD) e. *Posttraumatic Stress Disorder*

Áfallastreituröskun kallast það þegar einstaklingur verður fyrir, er vitni að eða upplifir slæman atburð eins og misnotkun, hamfarir eða verður fyrir miklu ofbeldi, þá er eðlilegt að fólk verði fyrir áfalli, sé dapurt og finnist allt ómögulegt í einhvern tíma á eftir. Þeir sem eru með áfallastreituröskun fá hins vegar mun alvarlegri einkenni eins og að upplifa atburðinn endurtekið þeir eru hræddir og fá martraðir, og eru jafnvel tilfinninglega dofdir, reiðir og pirraðir í margar vikur eða mánuði eftir að atburðurinn átti sér stað, þetta ástand getur varað í margar vikur eða jafnvel mánuði eftir atburðinn og getur orðið það alvarlegt að þeir eiga erfitt með að vinna, eiga í ástarsamböndun og komast aftur í sitt fyrra horf (Duckworth, Freedman, 2012).

2.1.8 Persónuleikaröskun (BPD) *Borderline Personality Disorder*

Persónuleika röskun er alvarlegur geðsjúkdómur sem er mjög erfiður fyrir alla bæði einstaklinginn sem er með sjúkdóminn, auk vina hans og ættingja. Persónuleikaröskun einkennist af hvatvísi og óstöðugu geðbrigði, sjálfsmynd og persónuleika (NAMI, 2013-b). Einstaklingur með persónuleikaröskun sýnir einnig endurtekið sjálfskaðandi atferli eins og að skera sig eða brenna og gleypa ofskammta af lyfjum til að minnka innri spennu og draga úr vanlíðan. Hugsun einstaklings með persónuleikaröskun er oft mjög órökrétt og getur einstaklingurinn því oft ekki átt eðlilegt líf (Hávar Sigurjónsson, 2013).

2.2 Geðsraskanir

Hugtakið geðröskun getur verið erfitt að skilgreina, og skilgreiningar mismunandi eftir menntun þess sem skilgreinir. Geðröskun er sálfræðilegt heilkenni sem tengist vanlíðan eða geturöskun með sársaukafullum andlegum einkennum sem fela í sér hættu á dauða, fötlun, þjáningu eða minnkuðu frelsi (Hrefna Ólafsdóttir, 2006).

2.2.1 Greiningar og tölfraði skali geðraskana (DSM- IV)

Greiningar og tölfraði skali geðraskana (DSM- IV), lýsir meiriháttar þunglyndi þannig, það einkennist af depurð, þyngdartapi eða þyngdaraukningu, svefntruflunum, æsingi, þreytu, tilfinningu um að vera einskis virði, einbeitingarskortir og endurteknum hugsunum um dauða eða sjálfsvíg. Hins vegar samþykkir DSM - IV handbókin ekki að sá sem er þunglyndur sýni öll þessi einkenni. Til að uppfylla skilyrði fyrir þunglyndi verður einstaklingurinn að uppfylla 5 eða fleiri af þeim viðmiðum sem gefin voru upp að ofan. Sumir einstaklingar sem uppfylla ekki þessa skilgreiningu virðast þó þjást af þessum einkennum,. Þetta á sérstaklega við um aldraða þar sem líkamlegar kvartanir og einkenni þunglyndis eða kvíða eru til staðar enn uppfylla ekki ákvæði DSM - IV greiningu fyrir þunglyndi. Vægt þunglyndi hefur ekki verið viðurkennt í DSM - IV handbókinni en er almennt viðurkennt þó með færri einkennum þunglyndis. Vægt þunglyndi er mun algengara hjá eldri einstaklingum í samfélaginu. Þeir einstaklingar sem greinast með minniháttar þunglyndi eru líklegri til að eiga það á hættu að fá alvarlegt þunglyndi. Margir rannsakendur setja vanlíðan með í flokk þunglyndis. Vanlíðan er ástand þar sem einstaklingnum líður stöðugt það illa að það dregur úr virkni hans og getu til að njóta lífsins. 10 A er fjórði flokkurinn um þunglyndi á efri árum, þá er átt við sjúklinga með meiri- eða minniháttar þunglyndi sem greinast seint, Þessi síðastnefndi flokkur hefur oft viljað gleymast, vegna þess að einstaklingarnir sjálfir gera ráð fyrir að auknum aldri fylgi tilfinningalegt ójafnvægi og því sé þunglyndi eðlileg afleiðing hækkandi aldurs (Harris, 2007).

2.2.2 Fælni (e. *Phobia*)

Fælni er afar hamlandi ofsahræðsla sem einstaklingurinn verður fyrir, hann óttast þá eitthvað sem flestu fólki stafar engin sérstök hætta af og getur verið mjög hamlandi þegar það birtist og veldur mikilli hræðslu við eitthvað ákveðið, eins og skordýr og hunda, ofsahræðsla

getur komið upp í allskyns öðrum aðstæðum þar sem einstaklingurinn er til dæmis, á brú eða í flugvél. Margir skammast sín fyrir þessa fælni sem getur svo aftur leitt til vandamála tengdu sjálfsáliti (Duckworth, Freedman, 2012).

2.2.3 Almenn kvíðaröskun (GAD) *Generalized Anxiety Disorder*

Almenn kvíðaröskun er skilgreind sem alvarlegar, langvarandi og ýktar áhyggjur af hversdagslegum atburðum eða atvikum og er það algengasta einkenni fólks með almenna kvíðaröskun. Í þessu ástandi sem stendur í a.m.k sex mánuði á einstaklingurinn erfitt með að einbeita sér og framkvæma áður venjubundin verk og verkefni, þar sem kvíðinn getur staðið yfir marga klukkutíma á dag. Sumir með þessa röskun búast við því versta af lífinu. Almenn kvíðaröskun getur líka orðið til þess að einstaklingurinn upplifir líkamleg einkenni, eins og þreytu, spennu, höfuðverk og ógleði allt eftir alvarleika kvíðans (Duckworth, Freedman, 2012).

2.2.4 Félagsfælni

Félagsfælni er ótti við félagslegar aðstæður sem oft leiðir til erfiðleika í samböndum sem og á vinnustað eða í skóla. Algengt er að fólk með félagslega kvíðaröskun. Þjáist af hræðslu við að vera niðurlægt á almannafæri fyrir það að “segja eitthvað heimskulegt“, eða þá að þau "viti ekki hvað þau eigi að segja“. Fólk sem haldið er félagsfælni getur haft einkenni svipuð ofsahræðslu (td , hjartsláttarónot, flökurleika og mæði) einnig getur einstaklingurinn upplifað slæma svitamyndun (ofsvitnun) við félagslegar aðstæður sem leiðir til þess að einstaklingurinn reynir að komast hjá félagslegum aðstæðum eins og að fara í skóla, á samkomur eða jafnvel á ættarmót til að lenda ekki í þessum vítahring. Aðrar viðurkenndar kvíðaraskanir fela í sér: víðáttufælni, bráða streituröskun eða kvíðaröskun vegna sjúkdóma eins og skjaldkirtils-, og efnaskipta (Duckworth, Freedman, 2012).

2.2.5 Þunglyndi aldraðra

Þunglyndi hefur áhrif á meira en 6,5 milljónir af þeim 35 milljónum Bandaríkjamanna sem eru 65 ára og eldri. Flestir hafa glímt við þunglyndi meginpart lífsins á meðan aðrir fundu ekki fyrir þunglyndi fyrr en á eldri árum allt upp í 80 til 90 ára gamlir. Talið er að orsökina sé að finna hjá eldra fólki í tengslum við bjargarleysi og fötlun sem veldur mikilli þjáningu fyrir bæði einstaklinginn og fjölskyldu hans (NAMI, 2013-c).

Þunglyndi er jafnvel enn algengara meðal heimilismanna á hjúkrunarheimilum og hafa birst tölur allt upp 72% og þrátt fyrir fjöldann eru mörg tilvik ógreind. Margt bendir til að þunglyndi tengist sjúkdómsástandi og dánartíðni sem þýðir að margir deyja eða þeir upplifa alvarleg veikindi, sem getur truflað að greiningu og meðferð sé beitt tímalega. Þunglyndi hefur verið tengt auknum sjúkrahúsvistum, læknis heimsóknum, og sjúkdómsástandi (Harris, 2007). Þunglyndi eldri borgara er oft ómeðhöndlað vegna þess að margir telja það eðlilegann þátt í því að eldast og þunglyndi sé eðlilegt viðbragð við langvinnum sjúkdómum, missi og félagslegum umskiptum. Eldra fólk stendur líka oft frammi fyrir athyglisverðum breytingum á tengingum í lífinu í gegnum missi, læknisfræðilegt varnarleysi og dauða. Þunglyndi eldri borgara hefur mismunandi birtingamyndir. Margt eldra fólk og fjölskyldur þeirra þekkja ekki einkenni þunglyndis, og gera sér ekki grein fyrir að um er að ræða læknisfræðilegann sjúkdóm, og vita ekki hvernig hann er meðhöndlaður, enn aðrir geta misskilið þunglyndi fyrir, Heilabilun, Alzheimer, Liðagigt, Krabbamein, Hjartasjúkdóm, Parkinsons, Heilablóðföll, eða skerta starfsemi skjaldkirtils (NAMI, 2013-c).

Þunglyndi veldur miklum breytingum á andlegri og líkamlegri líðan eins og *Breytingum á svefni*, einstaklingurinn upplifir erfiðleika við að sofna, hann er að vakna á nóttunni eða vakna fyrr en hann óskar sér. Á meðan annar einstaklingur sefur óhóflega mikið eða miklu lengur en hann hafði gert áður (NAMI, 2013-c).

Breytingum á matarlyst, einstaklingurinn þyngist eða léttist óhóflega mikið og vart verður við sýnilegar breytingar á matarvenjum og matarlyst einstaklingsins meðan hann er í þunglyndinu.

Einbeitingarleysi, Það að einstaklingurinn nái ekki að einbeita sér eða taka ákvarðanir er mjög alvarlegur þáttur þunglyndisins.

Við alvarlegt þunglyndi, getur einstaklingurinn ekki haldið þræði við lestur einfaldra blaðagreina, hvað þá að taka afdrifaríkar ákvarðanir, þær verður honum oft ofviða.

Orkuleysi og þreyta, hefur mikil áhrif á líf einstaklings sem haldinn er þunglyndi því hugsun hans og virkni verður yfirleitt minni, sem og hæfni til að framkvæma dagleg venjubundin störf eins og athafnir daglegs lífs, sem veldur því að einstaklingurinn missir áhuga á því sem honum áður fannst skemmtilegt.

Lágt sjálfsmat, einstaklings sem er í þunglyndiskasti veldur því að einstaklingurinn dvelur oft við slæmar minningar, hann veltir sér uppúr því sem hann hefur misst eða því sem ekki gekk upp hjá honum og finnur fyrir sektarkennd og hjálparleysi.

Vonleysi eða sektarkennd, veldur einstaklingnum oft hjálparleysi, hann finnur fyrir sterkri vonleysis tilfinningu og trúir því að ekkert muni nokkurn tíma verða betra hjá honum. Þessar tilfinningar geta leitt til sjálfsvígshugsana.

Breytt hreyfing, litið getur út fyrir að „hægt“ hafi verið á einstaklingnum eða þá að hann sé óhóflega „virkur“ og órólegur. Það hefur einnig verið talinn mikill möguleiki á að þunglyndiskast geti verið hluti af geðhvarfasýki. Því er mikilvægt að lækni greini hvort um sé að ræða alvarlegt þunglyndi (Unipolar) eða geðhvarfasýki (Bipolar) vegna þess að meðferðin við þessum tveimur þunglyndisþáttum er mjög mismunandi (NAMI, 2013-c).

Harris (2007) segir að lítið hafi verið rannsakað í tengslum milli þunglyndis eldri einstaklinga og innlagnar á hjúkrunarheimili. Rannsakendur greini heldur ekki á milli þunglyndis og geðsjúkdóma eins og geðklofa. Einstaklingar með þunglyndi og elliglöp eru í aukinni hættu á að vera settir á hjúkrunarheimili, það er hins vegar ekki ljóst hvort það var þunglyndi, vitglöp, eða bæði sem leiddi til aukinnar hættu á innlögn á hjúkrunarheimili. Staðfest er að nokkuð hátt hlutfall einstaklinga á hjúkrunarheimilum þjáist af þunglyndi og þeim mun lengri sem dvölin á hjúkrunarheimilinu er því verri er útkoman sem bendir til þess að þeir sem þjáast af þunglyndi þurfi frekar að vera á hjúkrunarheimili þrátt fyrir vitglöp eða aðrar geðsjúkdóma (Harris, 2007).

Margir eldri einstaklingar telja að þunglyndi sé einhverskonar eðlisgalli og hafa áhyggjur yfir því að gert sé grín af þeim eða þeir niðurlægðir. Þeir geta kennt sjálfum sér um veikindi sín og jafnvel skammast sín of mikið fyrir veikindin til að fá hjálp og enn aðrir hafa áhyggjur að meðferðin sé of kostnaðarsöm. Rannsóknir hafa sýnt að meðferð getur verið mjög árangursrík og breytir í raun virkni heilans þegar hún virkar (NAMI, 2013-c).

Fjölskyldur upplifa oft mikla sektarkennd og iðrun þegar tekin er ákvörðun um að vista ástvin á hjúkrunarheimili. Sum hjúkrunarheimili eru eins og dauðhreinsaðar stofnanir sem skortir alla hlýju eðlilegs heimilis. Nýjustu gögn sýna að þunglyndi á hjúkrunarheimilum í Bandaríkjunum eru frá yfir 15% og upp í 31% sem þýðir það að næstum 1 af hverjum 3 einstaklingum hjúkrunarheimila er þunglyndur, það er því í þágu bæði vistmannsins og fjölskyldu hans að meðferð hans sé í nærsamfélaginu (Harris, 2007).

Samantekt

Eins og fram hefur komið hér á undan er geðsjúkdómur sjúkdómsástand þar sem andleg líðan einstaklingsins hefur áhrif á og truflar hugsun hans, tilfinningar og samskipti við aðra einstaklinga og veldur takmörkunum á athöfnum daglegs lífs. Geðsjúkdómar eru misjafnlega alvarlegir og fer það eftir alvarleika sjúkdómsins hversu miklar afleiðingar þeir hafa fyrir einstaklinginn. Staðreyndin er sú að lífslíkur einstaklinga með geðsjúkdóm er 20 árum skemur hjá körlum og 15 árum skemur hjá konum. Þegar einstaklingur innan fjölskyldunnar greinist með geðsjúkdóm hafa veikindin yfirleitt mikil áhrif á alla fjölskyldumeðlimi hans, ekki bara einstaklinginn sjálfann. Fjölskyldan er ekki eingöngu í fjölskylduhlutverkinu heldur verður oft á tíðum líka ummönnunaraðili sem syrgir heilbrigða einstaklinginn sem var.

Þunglyndi aldraðra hefur verið í örum vexti, en talið er að orsökina sé að finna í tengslum við bjargarleysi og fötlun efri árunna, sem getur valdið mikilli þjáningu fyrir einstaklinginn og fjölskyldu hans.

Kafli 3

Í kafla þrjú í þessari fræðilegu samantekt mun ég fjalla um mannúð og virðingu og Eden hugmyndafræðina. Ég mun rekja að hluta sögu Eden hugmyndafræðinnar, meðferð og aðaleinkenni hennar og hvernig hún er öðruvísi og sérstök, greina frá aðalniðurstöðum notkunar Eden hugmyndafræðinnar og þekkta gagnrýni af notkun hugmyndafræðinnar. Að lokum tek ég saman efnið sem ég fjalla um í kaflanum.

Mannúð og virðing

Áður fyrr einkenndist meðferð geðsjúkra af grimmd, sem bætti úr, eftir því sem tíminn leið með manneskjulegri viðhorfum. Kvekarar á Englandi og í Frakklandi á 19. öld ráku meðferðarheimili fyrir geðsjúka sem byggðist á mannúðarstefnu. Þeir horfðu á geðsjúka allt öðrum augum enn aðrir, af mannúð og virðingu, þar sem þeir tóku mannlega þáttinn og horfðu á geðjúka sem einstaklinga í vanda, enn ekki illmenni eins og almennt hafði verið talið. Kvekarar voru alfarið á móti því að beita geðsjúka harðræði, því þeir töldu að meðferð geðsjúkra fælist í að veita þeim öryggi og hlýju og miða þarfir einstaklingsins út frá getu hvers og eins. Kvekarar höfðu stofnanir fyrir einstaklinga með geðsjúkdóma sem heimilislegastar, einstaklingarnir áttu að hafa fallega innréttuð húsnaði, með garði til að fara út, góðum mat og drykk, stunda tómstundir, sjálfseflingu og setja sjálfum sér reglur um hegðun og störf á heimilinu.

Skoðaður var svo árangurinn af þessari meðferð og kom þá í ljós að á þremur árum, náði rúmlega helmingur einstaklinganna fullum bata. Það dró eigi að síður úr þessari húmanísku meðferð um miðja 19. öld því hún þótti vera of dýr og þá teknar í notkun stórar stofnanir. Mörg hundruð einstaklingar með geðsjúkdóma voru settir saman á einn undirmannaðann stað með ómenntuðu starfsfólki. Á öðrum tímamarki var farið að tala um geðsjúkdóma sem erfðafræðilegt fyrirbæri, þar sem fleiri og fleiri voru að greinast og því þyrfti að stemma stigu við að þeim fjölgaði til að halda sjúkdómnum í skefjum.

Meðferð geðsjúkdóma breyttist þegar komist var að því að heilastarfsemin væri öðruvísi í geðsjúkum en öðrum og þá voru fundnar út aðferðir til að laga heila þeirra, sú tækni fór fram með hinum ótrúlegustu aðferðum sem fólust í að sjokkera hina geðsjúku, þar til þeir misstu meðvitund, þeim var drekkt, settir í heitt bað í lengri tíma (jafnvel svo dögum skipti), gefin raflost, og sprautaðir með Insúlini. Fljótlega varð samt ljóst að þessar meðferðir myndu valda auknum heildaskemmdum, en það þótti réttlæt看legt því þá myndi bilaður heilavefur þeirra vonandi eyðast (Sigurður Hólm Gunnarsson, 2013).

Í Trieste á Ítalíu 1971 gerði ítalski geðlæknirinn Giuseppe Dell'Acqua miklar breytingar á sjúkrahúspjónustunni sem stóðu yfir á 13 ára tímabili. Árið 1971 fyrir breytingar á sjúkrahúspjónustunni voru 1058 sjúklingar á geðsjúkrahúsinu. Fjórum árum seinna hafði sjúklingum fækkað niður í 656 en þar af voru 403 einstaklingar sem höfðu ekki í nein önnur hús að vernda. Sjúkrahúspjónustan var endurskipulögð og áfallameðferð var hætt og í staðinn komu sjö heilsugæslur fyrir einstaklinga með geðsjúkdóma. Sjúkdómsgreining á ekki að vera aðalatriðið heldur fjölskyldan, búseta, atvinnumál og samfella í þjónustunni.

Heilbrigðisstarfsfólk áttar sig ekki á hvað eintaklingur með geðsjúkdóm þarfnast nema að vera í umhverfi hans.

Dell'Acqua lýtur svo á að ekki sé hægt að nota bæði hugmyndafræði sjúkrastofnana og einstaklingsmiðaðrar þjónustu saman því til lengri tíma litið hindri þær hvor aðra. Reynsla hans er sú að starfsfólk sjúkrahúsanna sé á móti breytingum því þau hafi hagsmuna að gæta bæði persónulegra og fjárhagslega sem og áhrifa- og valdreifingar, og telur hann að það sé rugl að reka báðar þessar þjónustur. Veita eigi eingöngu einstaklingsmiðaða þjónustu á heimilinu eða í nærumhverfi einstaklingsins (Dell'Acqua og Dezza, 2007).

3.1 Að flytja á Hjúkrunarheimili

Samkvæmt Velferðarráðuneytinu (2013) er hugmyndafræðin um íbúa hjúkrunarheimila sú að íbúar eigi þar vistlegt heimili þar sem mannréttindi, mannúð og virðing fyrir einstaklingnum

er höfð að leiðarljósi. Að íbúar búi við öryggi bæði líkamlega og félagslega og þeim sé veitt sú hjúkrun, ummönnun og lækniaðstoð sem þeir þurfa. Einstaklingurinn skal studdur til að viðhalda getu sinni og virkni, sjálfsmynd og sjálfræði svo hann geti tekist á við nýjar aðstæður. Starfsmenn eiga að virða þarfir og óskir einstaklingsins og einblína á að hann haldi reisu sinni. Komið sé fram við íbúa og aðstandendur af nærgætni, kurteisi og skilning. Starfsfólki hjúkrunarheimila er ætlað að vera þátttakendur í því þverfaglega starfi sem á hjúkrunarheimilum er unnin, og því eiga stjórnendur hjúkrunarheimila að fylgjast með því nýjasta sem er í boði fyrir hjúkrunarheimilin sín svo hægt sé að bæta einstaklingsþjónustuna og bregðast við breyttum aðsæðum í samfélaginu. Starfsfólkinu ber að virða sjálfsákvörðunarrétt heimilismanna sinna (Velferðarráðuneytið, 2013). Að verða íbúi á hjúkrunarheimili þýðir fyrir flesta verri fjárhagslega stöðu, lakari líf skjör, félagslega einangrun, verri heilsu og að þeir missi af félögum eða ættingjum. Þessi staða getur oft orðið fólki yfirþyrmandi og leitt til alvarlegs þunglyndis sem plagar marga einstaklinga 65 ára og eldri. Þvi er félagsskapur dýra eins og hunda og katta sem veita einstaklingnum skilyrðislausu ást, kærleik, og ánægju sem getur styrkt böndin og losað um tilfinningar einmanaleika, hjálparleysis og leiða. Margir einstaklingar hafa átt og eiga dýr sem hafa haldið þeim félagsskap í áraraðir (Tavormina, 1999). Fjölskyldur upplifa oft mikla sektarkennd og iðrun þegar tekin er ákvörðun um að vista ástvin á hjúkrunarheimili. Sum hjúkrunarheimili eru eins og dauðhreinsaðar stofnanir sem skortir heimilislega hlýju. Það er því í þágu bæði vistmannsins og fjölskyldu hans ef leita þarf meðferðarúræðis að það sé í nærsamfélagi einstaklingsins (Harris, 2007).

Í eigindlegri rannsókn Ingibjargar Hjaltadóttur (2002), sem var byggð á viðtölum við átta einstaklinga, og var um lífsgæði á hjúkrunarheimilum, kemur fram að framkoma starfsfólks skipti mjög miklu fyrir íbúana. Örvandi samskipti, traust og virðing starfsfólksins fyrir einstaklingnum voru lykilþættir í huga íbúa hjúkrunarheimila. Það að vera talin

manneskja og fá að halda reisu sinni og virðingu væru mjög mikilvæg lífsgæði. Einstaklingar geta verið lélegir til heilsunnar bæði líkamlega og andlega og þurft mikla og stöðuga ummönnun starfsfólksins, þar af leiðandi skipti virðing og hlýleg framkoma starfsfólks miklu máli fyrir einstaklinginn.

Í flestum tilfellum létu viðmælendur Ingibjargar vel af starfsfólkinu, enn ef eitthvað bjátaði á eða framkoman við einstaklinginn var ekki eins góð og búast mátti við, þar gamla fólkið á það ráð að afsaka starfsfólkið með því að það hefði annað hvort svo mikið að gera eða starfið væri þeim erfitt. Fram kom í viðtölunum við þessa öldruðu einstaklinga að mikilvægust væri framkoma starfsfólksins, að það sýndi þeim hlýju, skilning og reyndi að koma til móts við þarfir þeirra.

Það að flytjast á hjúkrunarheimili, skerðir lífsgæði einstaklingsins að því leyti að hann missir oft samskipti við bæði vini og fjölskyldu sem hafa nóg að gera í lífi og starfi og því verður starfsfólkið mjög mikilvægur hluti af lífi einstaklingsins.

Einnig kom fram hjá Ingibjörgu að íbúar hjúkrunarheimilisins voru í litlu sambandi við aðra íbúa heimilisins, vegna þess að íbúarnir voru misjafnlega á sig komnir bæði líkamlega og andlega. Einn einstaklingur lýsti því að honum fyndist traust í því að sama starfsfólkið annaðis hann því þá þekkir hann starfsmanninn og starfsmaðurinn þekkir hann og veit hvernig hann vill hafa ummönnunina og því myndast gott samkomulag þeirra á milli. Rannsóknin sýnir með óyggjandi hætti hversu mikil áhrif samskipti og viðmót starfsfólksins við íbúa á hjúkrunarheimilum hefur fyrir lífsgæði einstaklingsins (Ingibjörg Hjaltadóttir og Sigrún Gunnarsdóttir, 2002).

3.1.1 Þróun einstaklingsmiðaðra hjúkrunarheimila

Í byrjun níunda áratugarins var stofnuð alþjóðleg hreyfing bandalags manna sem lét sig varða aðbúnað á hjúkrunarheimilum og stóð vörð um réttindi og aðbúnað íbúa

hjúkrunarheimilanna. Þeir öfluðu sér upplýsinga frá íbúum hjúkrunarheimilanna sjálfra, hvað íbúarnir vildu, hver væru lífsgildi þeirra og hvernig þeir gætu bætt lífsgæði einstaklinga hjúkrunarheimila. Eftir að könnunin birtist árið 1985 og var fyrsta blaðagreinin um viðhorf neytenda (íbúa hjúkrunarheimilanna), þar sem fjallað var um gæði hjúkrunar sem var skilgreind, könnuð og tekin til greina. Þessar kannanir urðu mjög mikilvægar fyrir hjúkrunarheimilin, því þær voru notaðar til að setja lög og reglur um rekstur hjúkrunarheimila fyrir heilbrigðisþjónustuna. Þessi gjörð hafði það mikil áhrif að árið 1986 birti heilbrigðisstofnun Bandaríkjanna endurbætt viðmið sem mælti með breytingum á rekstri hjúkrunarheimilanna í þá átt að hjúkrunin ætti að snúast meira um mannlegapáttinn og heimilislegt umhverfi enn meðferðina sem slíka. Einnig voru viðhorf og þarfir einstaklinga hjúkrunarheimilanna miðaðar út frá líkamlegum, andlegum og félagslegum þörfum.

1987 voru hjúkrunarheimili í Bandaríkjunum einu stofnanirnar innan heilbrigðisgeirans sem voru með sér lög um aðbúnað og veittu einstaklingsmiðaða hjúkrun. Og til að geta veitt þessa einstaklingsmiðuðu hjúkrun fóru hjúkrunarheimili í Wisconsin, New York, Washington og Californiu og Minnisota að þróa sig og bæta aðbúnaðinn. Þeir fóru frá stofnanavæðingu hjúkrunarheimilanna, með því að stofna minni heimili og höfðu íbúa heimilanna með í ráðum um hvernig hægt væri að draga úr hjálparleysi og leiða sem var og er mjög algengur á hjúkrunarheimilum.

1997 hleyptu nokkrir leiðandi einstaklingar frumkvöðlastarfinu á laggirnar og stofnuðu Frumkvöðlanetið (Pioneer Network), sem sameinaðist Centers for Medicare and Medicaid Service (CMS) til að finna út og yfirstíga menningarlegar hindranir í langtímahjúkrun.

Frumkvöðlanetið (Pioneer Network) tók að sér að vera málsvari breytinganna á hjúkrunarheimilunum. Og í dag er markmið hreyfingarinnar að einstaklingsmiða hjúkrun, gera hjúkrunarheimilin heimilislegri, minna stofnanavædd og þar með bæta lífsgæði einstaklinganna. Einstaklingsmiðuð hjúkrun leyfir starfsmönnum að vera meiri þátttakendur í starfinu. Öll þeirra vinna snýst um standa vörð um réttindi einstaklingsins því þeir setja jafnfætis lífsgæði og gæða ummönnun sem einstaklingurinn þarf á að halda. Þrátt fyrir að framfarir og þróun hafi verið mikil á sviði hjúkrunarheimilanna þá má alltaf gera betur.

Meðal meðlima hreyfingarinnar (Culture Change Movement) var ekki samkomulag um það hvernig allar breytingarnar gætu gengið eftir. Allar stofnanirnar sameinuðust því og fóru í gegnum hugmyndir sínar og settu saman í eina tilvalda hugmynd. Þar settu þeir saman í raun hvernig líf hvers og eins einstaklingsins var og komust að niðurstöðu. Í fyrsta lagi áttu starfsmenn að virkja íbúa heimilanna sjálfra til að taka ákvarðanir um eigið líf. Íbúar réðu sjálfir hvenær þeir færu að sofa og hvað þeir vildu borða eða hverju þeir vildu klæðast.

Heimilislegt umhverfi var mjög mikilvægt og lagt var til að aldrei byggju fleiri en 10 til 15 íbúar á hverju heimili. Íbúar hefðu ísskáp til afnota fyrir matinn sinn og gætu notið nánna tengsla við aðra íbúa, ættingja, starfsfólk og umhverfið.

Stjórnendur áttu einnig að gefa starfsfólki tækifæri til að vera með í ákvarðanatökum um það sem sneri að íbúunum. Þróunin gekk þó upphaflega hægt enn vitneskja um hugmyndafræði hreyfingarinnar breyddist hægt og rólega út. Könnun sem gerð fyrir stjórnendur í heilbrigðiskerfinu, af ríkinu árið 2005 sýndi að 73 % af stjórnendunum könnuðust ekki við breytingarnar sem gerðar höfðu verið á hjúkrunarstarfi hjúkrunarheimilanna, enn þegar könnunin var endurtekin 2008 sýndi hún að einungis 34 % þátttakendanna könnuðust ekki við breytingarnar sem hreyfingin hafði staðið fyrir (Koren, 2010).

3.2 Eden hugmyndafræðin

William H. Thomas gaf út bókina sína um líf sem vert er að lifa (Life worth living, how someone you love can still enjoy life in a nursing home), um Eden hugmyndafræðina árið 1996. Það er viðeigandi að stefnunni skuli hafa vera gefið nafnið Eden með tilliti til Edengarðsins í Biblúsögunum iða grænum með trjám og blómum, fullum af vaxandi ávöxtum og lífi. Thomas hafði á námsárum sínum í læknisfræði unnið á hjúkrunarheimili og var þeirri stundu fegnastur þegar hann var búinn með námið þar. Eftir útskrift í læknisfræðinni fór Thomas að vinna við heimilislækningar, þar þurfti hann að fara í vitjanir á hjúkrunarheimili, honum fannst mjög óþægilegt að fara í þessar vitjanir en hjúkrunarheimilið var hluti af vinnu hans og fór hann eingöngu í þessar vitjanir af skyldu. Honum fannst hann hvorki reka fram né aftur, heilsu íbúanna á hjúkrunarheimilinu hrakaði, þeir urðu veikari og þegar einhver þeirra lést, var honum einfaldlega skipt út, og nýr einstaklingur kom inn í stað þess sem lést. Nokkrum árum seinna fékk Thomas hringingu frá yfirlækni Chase hjúkrunarheimilisins og var beðinn um að taka að sér stöðu yfirlæknis þar.

Thomas var tregur til að fara en á endanum fór hann og skoðaði staðinn, þremur vikum seinna var hann enn gáttaður á því að hafa komið sér í þessa stöðu. Hann varð að endurhugsa fordóma sína gagnvart eldra fólki og hjúkrunarheimilum. Áður hafði Thomas verið fastur í að beita læknismeðferðum enda hafði hann lært þær, honum hafði fundist hjúkrunarheimilin endastöð einstaklinga sem ekki var hægt að lækna. Hjúkrunarheimilin voru óaðlaðandi vegna þess að þau litu á það að veita læknismeðferð væri það sama og að veita umhyggju því það er það sem læknisfræðin gengur út á. Lyfjameðferð getur og er bæði ábatasöm og góð, enn hún kemur ekki í stað umhyggju. Thomas leitar þarna svara í fyrsta sinn á læknisferlinum svara við spurningunni, hvað þýðir það að hugsa um aðra manneskju (Thomas, 1996).

Til að geta verið skrásett sem Eden Alternative hjúkrunarheimili, verður að vera hægt að sýna fram á grunnreglurnar tíu sem Eden hugmyndafræðin vinnur út frá, hafi verið virkjaðar og unnið út frá þeim, íbúum og starfsfólki til hagsbóta (Brownie, Neeleman, Noakes-Meyer, 2011).

10 grunnreglur Eden hugmyndafræðinnar

1. Að gera sér grein fyrir að „plágurnar“ þrjár einmanaleiki, vanmáttarkennd og leiði eru þær sem helst hrjá aldraða einstaklinga sem búa á hjúkrunarheimilum.
2. Samfélagið skuldbindur sig til að skapa mönnum húsnaði þar sem lífið snýst um náðið og gefandi samband við plöntur, dýr og börn. Það er þessi sambönd sem veita bæði unga og gamla fólkinu fyllingu og veita líf sem er þess virði að lifa
3. Samvera og félagsskapur er mótefni gegn einmanaleika. Aldraðir eiga skilið greiðann aðgang að bæði mönnum, dýrum og félagsskap.
4. Að samfélagið skapar tækifæri fyrir einstaklinginn til að vera bæði gefandi og þiggjandi umhyggju sem mótefni gegn hjálparleysi.
5. Að samfélagið nærir daglegt líf með fjölbreytni og frumkvæði, og með því að skapa umhverfi þar sem óvænt og óútreiknanleg atvik og uppákomur geta átt sér stað, sem býr til mótefni gegn leiða.
6. Tilgangslaus starfsemi tærir mannsandann. Að eiga tækifæri til að gera hluti sem skiptir máli, er nauðsynlegt fyrir heilsu manna.
7. Að lækni meðferð á alltaf að vera tímabundin og umhyggja getur aldrei verið húsbóndi lækni meðferðar.

8. Að dregið sé úr vægi yfirstjórnar þ.e boðum sem koma að ofan og niður, frekar sé reynt að leggja áherslu á að ákvörðunarvald sé sett í hendur íbúa hjúkrunarheimilanna eða þeirra sem næst þeim standa.

9. Að skapa samfélag eldri borgara getur aldrei verið endastöð því vöxtur mannsins má aldrei vera aðskilin frá hinu mannlega lífi.

10. Að átta sig á að skynsamleg stjórn er undirstaða baráttunnar gegn plágunum þremur við að auka lífsgæði heimilismanna (Thomas, 1996).

Eden hugmyndafræðin gengur út á nýja hugsun um hjúkrunarheimili, hún starfar eftir meginreglum bæði vistfræði og mannfræði í baráttunni við að bæta lífsgæði heimilismanna. Markmið Eden hugmyndafræðinnar er að hvetja leiðtoga hjúkrunarheimila til að hugsa minna eins og stjórnendur og meira eins og náttúrusinnar (Thomas, 1996).

3.2.1 Undirstöðureglur umhyggju (Care)

Til að veita umhyggju þarf í fyrsta lagi að viðurkenna, samþykkja og stuðla að getu hvers og eins einstaklings til vaxtar og þroska. Það er einfalt að lífga uppá heimilið með bingó spili eða bíblíulestri fyrir einstaklinga sem ekkert er að, enn það er mun erfiðara fyrir þá sem eru haldnir mikilli heilabilun eða fötlun. Það er staðreynd að fólk hættir ekki að vera með í lífinu fyrr en það deyr. Fyrir einstakling sem ekki fær umhyggju, verður hjúkrunarheimilið einfaldlega biðstöð fyrir dauðann, því þarf að huga að þörfum umhyggju til að hann nái áfram að þroskast og dafna (Thomas, 1996). Í öðru lagi þarf vinna starfsfólks að vera á forsendum íbúanna ekki starfsfólksins. Hjúkrunarheimili hafa geðlækna á sýnum snærum og þegar skoðað er kemur í ljós að hjúkrunarheimilin skaffa meira en eðlilegt getur talist af notkun geðlyfja, sem er meðferð en ekki umhyggja í verki (Thomas, 1996). Meðferð er eigingjörn, á meðan umhyggja er óeigingjörn og hugar að þörfum einstaklingsins sem hugsað er um. Í

þriðja lagi á meðan meðferð er stutt og með hléum, er umhyggja ætíð langvarandi. Ef okkur á að vera alvara með að veita íbúum hjúkrunarheimila umhyggju í stað þess að reyna að lækna eingöngu krankleika þeirra, verður margt að breytast, aðalatriðið er vilji til að ryðja úr vegi hindrunum sem hamla vexti og þroska íbúa hjúkrunarheimila og verða sérfræðingar í því sem eykur getu þeirra, það gerum við með því að uppræta plágurnar þrjár, einmanaleika, hjálparleysi og leiða (Thomas, 1996). Thomas spurði læknanemana sína, hvaða meðferð þeir teldu best að nota við einmanaleika, þeir velta því fyrir sér nokkra stund og komu svo með nöfn á lyfjum sem gætu hjálpað, þegar Thomas segir þeim að félagsskapur geti ráðið úrslitum, brosa þeir, og segja ahh þetta er ein af þessu lyfjalausu spurningum sem Dr. Thomas er alltaf að spyrja (Thomas, 1996).

Félagsskapur er matur og drykkur mannsandans, manneskjan er þannig gerð að hún finnur til ánægju við að eiga samskipti við aðra. Einstaklingur sem treystir á aðstoð annarra hefur ekki síður bæði þörf og ánægju af samskiptum við aðra, því hjálparleysi er bæði hættulegt og lamandi ástand og getur valdið dauða rétt eins og krabbamein eða heilablóðfall (Thomas, 1996). Hver og einn einstaklingur þarf fjölbreytni í líf sitt ekki rútinuna sem tilkomin er í seinni tíð, rútna á ekki lengur við. Þróunarlega séð hefur lífaldur hækkað og aldraðir lifa betra lífi í dag en þeir gerðu áður fyrr, þeir eru heilsuhraustari og margir þeirra hafa alist upp í heilsumiðuðu umhverfi sem og félagslegri og afþreyingarríkri fjölbreytni. Þeir hlakka til að njóta elliáranna eftir starfslok sín. Þessi nýja kynslóð er bjartsýnni á lífið, gildi sjálfstæðis, hreyfingar, vitsmunalegrar forvitni, andlegra málefna, umhyggju, umburðarlyndis fyrir öðrum, og fyrirgefningu sjálfsins (Tavormina, 1999).

Einstaklingar sem þarfnast langtíma umönnunar (Long Time Care) óttast helst að þjást á dauðhreinsuðum stofnunum. Því er mikilvægt að lækni meðferð leggi ekki eingöngu áherslu á heilbrigðan líkama, en geri ekki neitt til að stuðla að heilbrigði hugar og anda. Einstaklingar eiga rétt á að fá að lifa í umhverfi sem stuðlar að vexti þeirra og þroska í

gegnum fjölbreytni, frumkvæði og nærandi líf, í anda Dr William Thomas. Framtíðarsýn Thomas var að draga úr einmanaleika, vanmáttarkennd og leiða heimilismanna hjúkrunarheimila, sú hugsjón varð að ástríðu hans (Tavormina, 1999). Að framkvæma breytingarnar á *Chase* hjúkrunarheimilinu sem Thomas vann á var hægara sagt enn gert og þurftu skipuleggjendur að horfa á það á alveg nýjan hátt sem heimili sem þyrfti umbætur, enn ekki sem stofnun (Thomas, 1996). Eden hugmyndafræðin er sérstaklega um umbætur hjúkrunarheimila og hugmyndafræðinni er hægt að beita við allar aðstæður aldraðra (Tavormina, 1999). Hinn framsýni leiðtogi læknisfræðinnar William Thomas sá þörfina fyrir þetta, hann stökk úr læknisfræði og stofnanavæðingu í náttúrulegt, heilbrigt og heimilislegt umhverfi. Draumur hans var að umbreyta hverju hjúkrunarheimili í aldingarðinn Eden. Þar sem „heima“ þýðir öruggur og notalegur staður sem nærir sál einstaklingsins (Tavormina, 1999). Eden hugmyndafræðin hugsar ekki eingöngu um málefni sem varða íbúa hjúkrunarheimilanna heldur líka starfsfólksins sem þar vinnur, því ef starfsfólkið finnur fyrir því að vera vel metið mun það meta íbúana betur (Brownie, Neeleman, Noakes-Meyer, 2011).

Hvernig er Eden hugmyndafræðin ný öðruvísi og sérstök

Aðaleinkenni Eden hugmyndafræðinnar er að ráðast í að útrýma einmanaleika, hjálparleysi og leiða (Thomas, 1996). Íbúum hjúkrunarheimila leiðist vegna þessa að þeir eru einangraðir og hafa lítinn félagsskap. Íbúar geta verið hjálparlausir og fundist erfitt að þiggja ummönnun sem þeir geta á engann hátt endurgoldið. Íbúum leiðist vegna þess að í stofnana umhverfið vantar allann fjölbreytileika því eru íbúar hvattir til að umgangast börn sem koma á heimilin, taka þátt í að skipuleggja mat og matbúa sem og aðrar félagslegar athafnir. Til að minnka einmanaleika eru haldnir óvæntir atburðum í líf hversdagsins og reynt er að draga úr fyrirsjáanleika og rúttínu (Andersen og Spiers, 2014).

Starfsfólk á Eden heimilum fær tækifæri til að auka sjálfstæði sitt með því að velja hvaða íbúa þeir sjá um. Starfsfólk er þjálfað í að aðstoða íbúana við athafnir daglegs lífs og starfsmenn verða að búa yfir sjálfstæði til að skapa umhyggjusamt viðhorf og hegðun gagnvart íbúum og í raun auka lífsgæði og viðhalda félagslegu umhverfi þeirra. Einnig er mjög mikilvægt að freista þess að gera íbúana sjálfstæðari, svo þeir geti valið fjölbreytni í eigið líf, í stað þess að vera bara til frá degi til dags. Sú fjölbreytni getur birst í að bjóða börnum og dýrum í heimsókn. Hundar hafa haft góð áhrif á menn og fólk lítur á þá sem félagasína. Gróðursæll garður og jafnvel matjurtargarður næra huga, anda, hönd og maga íbúanna um leið og uppskeran kemur heimilinu til góða. Markmiðið er að íbúar heimilanna leggi sitt af mörkum og uppskeri sjálfir ánægjuna af afrakstrinum (Tavormina, 1999).

Markmið Eden hugmyndafræðinnar er liðsstjórnun sem nær yfir alla starfsmenn, þá eru hindranir og streituvaldar fjarlægðir af staðnum. Ein af meginreglum liðsstjórnunarinnar er að koma fram við starfsmennina eins þú vilt að starfsmennirnir komi fram við íbúa hjúkrunarheimilisins. Undirstaða þess að árangur náist með hugmyndafræðinni og leiðir til þess að bæði starfsfólk, íbúar og fjölskyldur þeirra njóti góðs af og allir leggist því á eitt í að skapa nærandi og gefandi umhverfi fyrir einstaklinginn (Tavormina, 1999).

Vel heppnuð Eden hugmyndafræði krefst forystu þess sem telur að hugmyndin að þessum breytingum sé til góðs. Ferlið krefst leiðtoga með sýn til að hefja þessa nýju leið og orku til að vilja sjá breytingar gerast. Stjórnandinn er ábyrgur sem leiðtogi /framkvæmdastjóri til kveikja neistann og halda honum lifandi. Eden hugmyndafræðin verður að vera uppbyggjandi fyrir starfsfólkið því það gerir þeim kleift að bæta eldsneyti á eldinn og gera lífsgæði íbúanna betri. Á áttunda áratugum var Delta Society⁷ stofnuð til að rannsaka hið einstaka samband milli manna og dýra. Markmið félagsins var að stuðla að rannsóknum, auka þverfaglega nálgun og meta hlutverk þess í samskiptum manna og dýra. Þess vegna var meðferð með aðstoð dýra þróuð sem markviss íhlutun á hjúkrunarheimili þar sem hundar og

kettir voru leyfðir og allir gátu notið þeirra, íbúarnir sáu þá sem persónulega vini, uppsprettu ánægju og félagsskapar. Þessi hluti Edenfræðanna er ekki „dýrameðferð“ frekar langtíma lífsmáti sem nýtur meiri og meiri vinsælda á hjúkrunarheimilum. Félagsskapur dýra eins og hunda og katta veitir einstaklingnum skilyrðislaus ást, kærleik og ánægju sem getur styrkt böndin og losað um tilfinningar einmanaleika, hjálparleysi og leiða (Tavormina, 1999).

Eden hugmyndafræðin er skrásett vörumerki síðan 1998 og aðeins þeir sem eru skrásettir undir merkinu hafa rétt til þess að nota það. Eden starfsmenn fara í 3 daga námskeið sem ætlað er til kynningar á hinn nýja menningu hjúkrunarheimilanna og breyttum aðferðum sem undirbýr þátttakendurnar til að vera talsmenn sinnar stofnunnar (Brownie, Neeleman, Noakes-Meyer, 2011).

Á hjúkrunarheimili í Pittsburg höfðu menn heyrt góða hluti um Eden hugmyndafræðina og ákváðu að fá hana á sitt heimili á deild fyrir heilabilaða til að freista þess að hún gæti aukið líkamlega og andlega heilsu íbúanna, dregið úr byltum og hegðunarvandamálum. Tveir starfsmenn voru því sendir til Cleveland, Ohio í sérstakt 3 daga námskeið um Eden hugmyndafræðina sem og til að fræða hina starfsmennina bæði formlega og óformlega um fræðin. Þessir tveir starfsmenn byrjuðu að því búnu að vinna á deild fyrir heilabilaða (DSCU) og um ári seinna voru þeir búnir að þjálfa 20 starfsmenn í Eden fræðunum. Gólfpláss var stækkað á deildinni til að skapa rými fyrir íbúana til að stunda iðju að ýmsu tagi og útisvæði íbúanna var gert vistlegt með borðum og plöntum. Nýja svæðið bauð upp betri aðstöðu til fjölbreyttrar virkni eins og píanóleiks, körfuboltaleiks ásamt snóker og borðtennis, aðstaðan var með stórum gluggum svo íbúar gætu notið birtu yfir vetrarmánuðina. Komið var með plöntur og dýr á deildina til að auka samskipti milli íbúa og dýra. Starfsmenn hvöttu íbúana til að nýta sér iðjuna sem var í boði og hætt var að halda íbúum í eldhúsinu, eingöngu til að taka lyfin sín. Svefntími þar sem allir áttu að fara að sofa og að vera vaktir á sama tíma var afnuminn, íbúar fóru að sofa og vöknuðu þegar þeir vildu

og fengu þjálfun hjá þjálfara (Geropsychologis) til meðhöndlunar heilbrigðs líkama og sálar, í stað lyfjameðferðar. Einstaklingunum var sinnt af alúð og áhuga og hugsað út frá þörfum hvers einstaklings og fengu íbúarnir því heildræna hjúkrun fyrir hvern og einn, sem borgaði sig í betri lífsgæðum eintaklinganna. Árangur lét ekki á sér standa, það dró úr bæði árásum á starfsfólk og árásum íbúa hver á annan, ásamt því að það dró töluvert úr byltum íbúa (Kier og Davis, 2007).

Þekkt gagnrýni Eden hugmyndafræðinnar

William H. Thomas sagði að lykilatriði væri að starfsmenn sem sjá um daglega ummönnun þyrftu að vera með í innleiðingu hugmyndafræðinnar til hún gæti gengið. Yfirmenn sem ráða inn nýtt starfsfólk eiga að gera því strax ljóst út á hvað Eden hugmyndafræðin gengur og að starfið á heimilinu sé unnið útfrá Eden hugmyndafræðinni. Þetta er mjög mikilvægur hluti hugmyndafræðinnar svo starfsfólkið geti frá upphafi unnið á heimilinu út frá Eden hugmyndafræðinni. Flestir sem ákveða að breyta og taka inn á sitt heimili Eden hugmyndafræðina hafa verið ánægðir með breytingarnar, þó með einhverjum undantekningum. Komið hafa fram kvartanir sérstaklega vegna dýranna, þá hvort hætta sé á að einstaklingar geti smitast af þeim, einnig að það sé óþrifnaður af dýrunum og starfsfólk hefur kvartað yfir að það þurfi að eyða of miklum tíma í að hugsa um dýrin í stað íbúa heimilisins. Starfsfólkið hefur líka kvartað yfir að það fari of mikill tími í aðhlyningu dýranna. Starfsfólki hefur þótt aðhlyning dýranna íþyngjandi í stað þess ávinnings sem dýrin veita íbúunum. Að velja rétta dýrið hefur líka verið vandamál því suma hundana hefur þurft að láta fara því þeir hafa verið of verndandi, geltandi, og ógnandi svo starfsfólkinu sem sér að mestu um umhirðu þeirra hefur ekki liðið vel að hafa þá. Það er nauðsynlegt fyrir hjúkrunarheimilið að leyfa Eden hugmyndafræðinni að blómstra með því að leyfa íbúunum að stjórna að einhverju leiti umhverfi sínu og með því að leyfa þeim að hugsa um dýrin.

Að lokum verða stjórnendur hjúkrunarheimilanna að vera tilbúnir að opna dyrnar sínar fyrir samfélaginu og leyfa íbúum að taka þátt í hvers konar iðju bæði innan og utan heimilisins. Fjöldi starfsmanna hefur líka verið vandamál við framkvæmd breytinganna í Eden heimili. Að þjálfra og kenna nægilega mörgum og réttum starfsmönnum, fyrir bæði íbúa og stjórn Eden hugmyndafræðinnar hefur reynst erfitt. Þótt svo stofnunin hafi haldið mörg námskeið, hafa fáir stjórnendur farið í gegnum þá þjálfun sem til þarf til að verða vottaður Eden félagi. Flestir sem fara í þjálfun eru í milli eða yfirstjórn sem er að hluta til vandamál, því þeir bera ábyrgð á að lífsgæðum heimilismanna sé framfylgt enn þeir veita ekki daglega ummönnun. Að þjálfra of fáa starfsmenn með of mikla ábyrgð og að þjálfra ekki fullkomlega þá starfsmenn sem sjá um íbúana dagsdaglega eru mikil mistök sem hafa leitt til ónógrar kennslu Eden fræðanna (Sampsell, 2003).

Samantekt

Fram kom í kafla þrjú að þegar einstaklingur þarf að flytja á hjúkrunarheimili veldur það honum oft kvíða og ótta sem getur leitt til alvarlegs þunglyndis. Þróun Eden hugmyndafræðinnar í að breyta hjúkrunarheimilum í mannsæmandi heimili í stað stórra stofnanna á sér langa sögu eða frá níunda áratugnum. Upphaf breytinganna var í höndum nokkurra einstaklinga sem settu sér það markmið að það þyrfti nýja hugsun og markmið fyrir hjúkrunarheimilin, að óskum einstaklinganna sjálfra. Lífsgæði einstaklingsins voru höfð að leiðarljósi þegar þróun hugmyndarinnar var tekin upp, sem og mannlegi þátturinn til að draga úr leiða og vanmáttarkennd. Þessi þróun sem í upphafi var á höndum fárra einstaklinga hefur dafnað hægt og rólega og er unnið markvisst að þróun nýrrar hugsunar um hjúkrunarheimili í dag, til dæmis með Eden hugmyndafræðinni. Eden hugmyndafræðin var kynnt sem nútímaleg hugsun um hjúkrunarheimili, ásamt stofnanda hennar Dr. William H. Thomas. Eden hugmyndafræðin byggir á tíu grunnreglum og er sú fyrsta þeirra að draga úr plágunum þrem hjálparleysi, einmanaleika og leiða. Eden hugmyndafræðin dregur úr hjálparleysi með því að

epla og styrkja einstaklinginn í að hjálpa sér sjálfum og epla þar með lífsgæði hans, hún einblínir á mannlega þáttinn og umhverfi einstaklingsins með því að gera heimilið, heimilislegt með plöntum og nærveru barna og dýra sem hjálpartæki til að draga úr einmanaleika og leiða íbúanna.

Kafli 4

Í kafla fjögur mun höfundur fara yfir aðferðarfræði og gagnaöflun. Þar á eftir eru viðtöl sem tekin voru við níu starfsmenn og sex íbúa hjúkrunarheimilis sem rekið er eftir Eden hugmyndafræðinni. Leitað var svara við spurningunni hentar Eden hugmyndafræðin einstaklingum með geðsjúkdóma og getur hún bætt lífsgæði þeirra og dregið úr hjálparleysi, einmanaleika og leiða. Einnig voru íbúar sem samþykktu þáttöku spurðir til að fá viðhorf íbúa til hjúkrunarheimilisins. Þeir einstaklingar sem samþykktu að veita viðtalið voru spurðir og að því búnu var unnið úr niðurstöðum og þær skráðar inn í tölvu.

4.1 Aðferðarfræði og úrvinnsla gagna

Aðferð:

Aðferðin fór þannig fram að aflað var upplýsinga með eigindlegri rannsóknaraðferð. Tekin voru opin viðtöl við íbúa og starfsmenn geðdeildar hjúkrunarheimilisins.

Kostir aðferðarinnar:

Kostir aðferðarinnar voru þeir að með eigindlegri rannsóknaraðferð var hægt að spyrja þáttakendur opinna spurninga og leggja sömu spurningar fyrir hvern hóp þáttakenda fyrir sig og þáttakendurnir gátu svarað spurningunum eftir eigin geðþótta.

Gallar aðferðarinnar:

Gallar aðferðarinnar voru helst þeir að þegar spurningar voru lagðar fyrir íbúana áttu margir þeirra í erfiðleikum með að útskýra svar sitt eða hafa skoðun á viðfangsefninu sem lagt var fyrir þá og hefðu kannski frekar kosið að fá spurningalista með já eða nei svörum.

Starfsmenn áttu sumir í erfiðleikum með að svara spurningunum sem lagðar voru fyrir þá og þeim virtist líða eins og verið væri að dæma þá fyrir að hafa skoðun eða segja meiningu sína.

sumir vildu ekki tjá skoðun sína og aðrir voru smeykir við að hafa svör sín á upptökutæki. Þeir sem höfðu starfað hvað lengst á heimilinu vildu ekki taka þátt í upplýsingasöfnuninni og skekkir það að einhverju leyti niðurstöður eða veitir í það minnsta ekki jafn góða innsýn í líf einstaklinganna sem búa á heimilinu því þeir höfðu hvað mesta reynsluna af starfinu með íbúunum. Einnig hafði hluti starfsmanna einungis starfað í ár eða skemur á hjúkrunarheimilinu og reynsluminni í ummönnun eldri einstaklinga með geðsjúkdóma.

Tilgáta:

Höfundur leitaðist við að svara spurningunni hvort Eden hugmyndafræðin hentaði einstaklingum með geðsjúkdóma, gæti bætt lífsgæði þeirra og dregið úr hjálparleysi, einmanaleika og leiða.

Val þáttakenda:

Val á þátttakendum höfundar og ástæða þess að höfundur valdi einstaklinga með geðsjúkdóma og bjuggu á hjúkrunarheimili var sú að höfundur hafði unnið í ár á lokaðri geðdeild hjúkrunarheimilisins. Þar bjuggu tíu einstaklingar með misalvarlega geðsjúkdóma og unnið var út frá Eden hugmyndafræðinni. Meirihluti íbúanna eða sex af tíu einstaklingum gat tjáð sig og svaraði könnunni. Tveir íbúanna gátu ekki tjáð sig og tekið þátt í könnunninni og tveir íbúanna tjáðu sig einungis í einsatkvæðisorðum og áttu í erfiðleikum með að halda uppi eiginlegum samræðum við aðra. Spurðir voru níu fastastarfsmenn af báðum kynjum sem voru í 40% til 100% starfshlutfalli á heimilinu enn á heimilinu störfuðu ellefu fastir starfsmenn og 3 starfsmenn í tímavinnu.

Aðferð við upplýsingaöflun og greiningu gagna:

Aðferðin sem notuð var við upplýsingaöflun og greiningu gagnanna var sú, að lagðar voru sömu spurningar fyrir alla sex íbúana sem samþykktu þátttöku, um upplifun þeirra á

heimilinu. Fyrir starfsfólk sem samþykkti að taka þátt í viðtalinu, voru lagðar fyrir spurningar um viðhorf þeirra til Eden hugmyndafræðinnar. Viðtalið var tekið upp á upptökutæki, að því búnu var hlustað á upptökuna. Hlusta þurfti nokkrum sinnum á upptökuna til að ná sem bestri greiningu á áherslum, blæbrigðum og líðan starfsmanna í viðtalinu. Að því loknu voru viðtölin rituð upp á tölvutækt form og yfirfarin. Að síðustu voru viðtölin prentuð út. Að ósk starfsmanna voru viðtölin nafnlaus. Til að gæta nafnleyndar var viðtölum eytt að aflokinni greiningu eins og lofað hafði verið.

Ástæðan fyrir vali höfundar:

Ástæðan fyrir vali höfundar var sú að hugmyndafræðin hafði almennt ekki verið vel liðin á heimilinu af starfsfólkinu sérstaklega, þeim fannst Eden hugmyndafræðin vera til trafala í starfi sínu. Starfsfólkinu fannst hugmyndafræðin ekki passa einstaklingum sem voru með geðsjúkdóma eins og þeim íbúum sem bjuggu á heimilinu vegna þess að íbúarnir þurftu það mikla stýringu frá starfsfólkinu og að íbúarnir réðu ekki við að gera hluti og athafnir sem snúa að athöfnum daglegs lífs.

Ávinningur:

Ávinningur þess að vita hvort Eden hugmyndafræðin hentaði einstaklingum með geðsjúkdóma var ótvíræður, vegna þess að unnið var út frá Eden hugmyndafræðinni á heimilinu og hún var hugsuð til að virkja einstaklingana með því draga úr hjálparleysi þeirra einmanaleika og leiða. Ef Eden hugmyndafræðin sem unnið var út frá á heimili einstaklinganna gæti komið þeim til góða gæti hún bætt lífsgæði þeirra og gert þá meira sjálfbjarga. Starfsfólk gat einnig skipulagt starfið betur og aðlaga það að hæfni hvers og eins íbúa.

Siðfræði rannsóknarinnar:

Siðfræði rannsóknarinnar er nokkuð almenn eðlis því þeir íbúar og starfsmenn sem samþykktu að veita viðtal voru upplýstir um tilgang þess fyrir höfund og samþykktu þeir að veita viðtalið munnlega. Starfsmenn kröfðust nafnleyndar og var það samþykkt og ákveðið að hafa nafnleynd á öllum svörum og tryggja þannig nafnleynd allra starfmannanna vegna fámennis á vinnustaðnum. Viðtölin voru persónulegar skoðanir bæði íbúa og starfsmannanna og verða að teljast áreiðanlegar í ljósi þeirra skoðana og álits sem hver og einn íbúi og starfsmaður hafði, rannsóknin hallaði ekki á neinn sérstaklega heldur var verið að kanna hvernig Eden hugmyndafræðin passaði fyrir eldri einstaklinga sem haldnir voru geðsjúkdómum.

Markmið Eden hugmyndafræðinnar.

Markmið Eden hugmyndafræðinnar gengur í aðalatriðum út á grunnreglurnar tíu og er fyrsta reglan sú að reyna að útrýma plágunum þremur, það er að segja að draga úr einmanaleika, hjálparleysi og leiða íbúanna. Þess vegna er hugsað um að gera heimili íbúanna eins notalegt og heimilislegt og hægt er, svo íbúum líði þar vel og finnist þeir heima hjá sér. Íbúar eru einnig hvattir til að koma með sína persónulegu muni sem þeim þykir vænt um með sér á heimilið. Hlutina hafa íbúar í sínu eigin herbergi eða sameiginlegri stofu (ef þeir vilja) svo þeir sjái og þekki kunnuglega hluti sem eru þeim kærir. Börn eru boðin velkomin, og geta starfsmenn komið með eigin börn með sér í vinnuna ef þeir lenda í vandræðum með pössun eða bara óska þess að hafa börnin með, bæði íbúarnir og börnin njóta samveru hvers annars. Dýr eru velkomin á hjúkrunarheimilið bæði fuglar, hundar og fiskar. Dýrin gleðja lundina og augað og eru tilvalin fyrir íbúa að hugsa um eða bara fylgjast með. Plöntur bæði gleðja augað og gera heimilið notalegra.

Gallar hugmyndafræðinnar.

Gallar hugmyndafræðinnar fyrir einstaklinga með geðsjúkdóma eru helst þeir að hugmyndafræðin virkar kannski ekki eins vel og hún ætti á gera á þessu heimili því íbúar þurfa margir mikla stýringu. Starfsfólkið verður því að vera tilbúið að vinna með opnum hug að því að koma hugmyndafræðinni og gildum hennar inn á sínu heimili. Því er nauðsynlegt fyrir starfsfólk að fara á Eden námskeið en það fara ekki allir á þau. Það eru plöntur á heimilinu enn þar búa engin dýr en starfsmenn koma með hunda með sér þegar þeim hentar. Starfsfólk hefur einnig kvartað yfir auknu vinnuálagi og of fáum starfsmönnum á heimilum sem hafa innleitt Eden hugmyndafræðina, þar sem lagt er upp með í hugmyndafræðinni að íbúar séu virkir á heimilinu og hjálpi til en eldri eintaklingar með geðsjúkdóma geta verið bæði hömlulausir og passívir og hafa ekki áhuga á að hjálpa til eða því sem gerist í kringum þá.

4.2 Hjúkrunarheimilið

Á hjúkrunarheimilinu búa tíu einstaklingar á sér deild fyrir eldri einstaklinga með geðsjúkdóma. Þar sem hjúkrunarheimilið er rekið í anda Eden Hugmyndafræðinnar er engin sér aðstaða fyrir starfsfólk, heldur er hugsunin sú að þetta sé heimili og því er ekkert aflokað svæði. Rapport og vinnuáætlanir fara fram við hlið heimilismanna og geta heimilismenn fylgst með öllu sem fram fer meðal starfsmanna og geta jafnvel hlustað á það sem sagt er um aðra heimilismenn, ef þeir kæra sig um.

Aðstaða fyrir íbúa heimilisins er til fyrirmyndar fyrir hjúkrunarheimilið. Hver og einn íbúi hefur rúmgott herbergi útaf fyrir sig, með stóru baðherbergi með salerni, sturtu, vaski, og baðinnréttingu. Íbúar koma með sína persónulegu muni og myndir sem þeir vilja hafa inni hjá sér. Flestir (nema tveir) eru með sjónvarp inni hjá sér (það er val, hvers og eins). Allt lín og fatnaður (nema eins íbúa) fer í þvottahús og kemur samanbrotinn til baka í pokum merktum

hverjum og einum íbúa. Starfsmenn taka fatnaðinn úr pokanum og koma honum fyrir í rúmgóðum fataskáp sem er í hverju og einu herbergi. Sameiginlega rýmið er opið og mjög rúmgott, það samanstendur af bjartri stofu með sófum, stólum og borðum, bókaskáp, háum skáp fyrir fína leirtauði, sjónvarpskenk með stórum og góðum flatskjá. Bæði stórar og litlar pottaplöntur gefa svo rýminu notalegan svip. Eldhúsið er við hliðina á stofunni jafn opið og bjart, vel búið með færanlegri eyju og eldhúsbord sem rúmar alla íbúana við bord í einu, sem og annað bord sem rúmar fjóra (oftast starfsmenn) við hliðina á borði íbúanna. Í eldhúsinu er líka hár skápur sem starfsmenn geta geymt töskur sínar og yfirhafnir öðru megin og hinu megin eru geymdar sígarettur þeirra íbúa sem reykja (stór hluti íbúa reykir). Starfsmenn eru ekki í einkennisklæðnaði heldur sínum eigin fötum svo þeir skera sig ekki úr og staðurinn verði heimilislegri. Íbúar heimilisins eru fjóra konur og sex karla sem öll eiga það sameiginlegt að vera með mismunandi geðsjúkdóma.

4.2.1 Viðtöl við starfsmenn hjúkrunarheimilisins

Nú af fjórán starfsmönnum heimilisins af báðum kynjum ýmist sjúkraliðar eða almennir starfsmenn samþykktu að veita viðtal. Þær spurningar sem lagðar voru fyrir starfsmenn voru eftirfarandi:

1. Hefur þú farið á námskeið um Eden hugmyndafræðina ?
2. Veistu út á hvað Eden hugmyndafræðin gengur ?
3. Finnst þér Eden hugmyndafræðin virka á þínum vinnustað ?
4. Hverju fyndist þér mega breyta til að aðlaga Eden hugmyndafræðina að heimilinu ?
5. Gerum við starfsfólkið okkar besta til að draga úr hjálparleysi, einmanaleika og leiða?
6. Finnst þér Eden hugmyndafræðin henta einstaklingum með geðsjúkdóma ?

Í spurningu eitt sem var um hvort starfsmenn hefðu farið á námskeið, kom í ljós að fimm af starfsmönnum sem talað var við höfðu farið á námskeið um Eden hugmyndafræðina restin ekki. William Thomas segir í bók sinni *Live worth living* (1996) að

það sé mjög mikilvægt að starfsmenn fari á Eden námskeið og tileinki sér hugmyndafræðina svo hún komið bæði íbúum og starfsfólki sem best.

Í spurningu tvö sem var um hvort starfsmenn vissu út á hvað Eden hugmyndafræðin gengur, töldu starfsmenn sig oftast getað svarað játandi eða að þeir vissu nokkurn veginn út á hvað Eden hugmyndafræðin gengi. Einn viðmælenda sagði,

Það á að gera líf heimilismanna eins heimilislegt og hægt er, veist, hafa þetta eins og þau upplifi sig eins og á heimili ekki stofnun, til að gera þetta eins heimilislegt, er að hafa plöntur, dýr, þá hunda og ketti. Á að ganga út á sem sagt að, það felur í sér að gera heimilismenn sjálfstæðari halda í getu, eða gera þá sjálfstæðari og virkja eins og hægt er, þetta er virkni, veist halda sjálfsbjargarviðleitni, og að heimilisfólkinu líði vel já...

Starfsmenn vissu að hugmyndafræðin gengi út á að gera heimilið vistlegt og heimilislegt með því að hafa dýr og plöntur. Einn starfsmaður nefndi að *honum fannst skrítið að þurfa að passa eldhúsið svo íbúar færu ekki í skápana*. Annar starfsmaður sagðist alveg vita hvernig stefnan virkaði, því hann væri búinn að fara á námskeið sem voru haldin, en bætti við að þau (íbúarnir) gætu samt farið í matarskápin, uppá hreinlætið.

Ég held það sé ekki eins og venjulegt eldhús. Þar sem fólk getur fengið sér það sem það vill...

Mér finnst mætti vera meiri einbeiting eða áhersla á mataræðið. Finnst maturinn ekki passa inn... fá t.d. Tía fræ til að hreinsa ristilinn.

Í spurningu þrjú hvort starfsmönnum fyndist Eden hugmyndafræðin virka á þeirra vinnustað kom í ljós að mikil áhersla er lögð á hreinlæti á deildinni og af því leiðir að heimilishaldið snýst mikið um að passa uppá að íbúarnir séu ekki að fara í skápa eða ísskáp í eldhúsi, því hefur þeim verið færður bæði matur og drykkur. Ríkjandi viðhorf var að eldhúsið mátti aldrei vera eftirlitslaust, sem tónaði reyndar ekki við Eden hugmyndafræðina þar sem einstaklingurinn átti að vera eins og heima hjá sér og ná sér í mat í bæði skápa og ísskáp.

Í spurningu fjögur hverju starfsmenn töldu að mætti breyta eða aðlaga til að Eden hugmyndafræðin gæti gengið betur voru svörin mjög mismunandi, svörin voru að finna leið handa hverjum og einum íbúa, tveir starfsmenn nefndu skynsemi og einstaklingsmiðun á hvern og einn íbúa, sumir sögðu líka að það mætti alltaf gera betur. Láta íbúana gera meira sjálf sögðu þrír, tveir sögðu að það væri engu hægt að breyta því Eden hugmyndafræðin gengi ekki á heimilinu.

Einn starfsmaður sagði: *Það er allt gert fyrir þau, þau verða svo passiv, þetta er ekki eins og venjulegt eldhús...Bara athafnir daglegs, lífs þau þurfa að klæða sig sjálf, fá sér vatn sjálf.*

Annar starfsmaður sagði: *nei, nei ég tel það ekki, þetta er bara þannig fólk sem býr hérna, ég held við gætum aldrei sem sagt stýrt þeim inn á það.*

Í spurningu fimm, hvort starfsmönnum fyndist Eden hugmyndafræði henta einstaklingum með geðsjúkdóma svörðu fjórir starfsmenn því til að Eden hugmyndafræðin hentaði einstaklingunum, fjórir sögðu hana henta upp að vissu marki og það þyrfti að aðlaga hugmyndafræðina að íbúunum því það væri svo mismunandi hvað hver og einn íbúi gæti gert. Tveir starfsmenn sögðu nei að Eden hugmyndafræðin hentaði engann veginn einstaklingum með geðsjúkdóma, það væri hreinlega ekki hægt að nota Eden hugmyndafræðina á heimili fyrir geðsjúka, þar sem þeir væru hömlulausir og þyrftu mikla stýringu. Starfsmenn kvörtuðu yfir að það væri ekkert „prívat“ fyrir starfsfólkið sem kæmi sér oft illa ef ræða þyrfti viðkvæm mál.

Annar starfsmaður sagði: *Já, Eden hugmyndafræðin hentar öllum, enn stundum þarf að draga línur, þ.e mörk fyrir einstaklinginn.*

Starfsmaður sem sagði að honum fyndist hugmyndafræðin alls ekki henta, var spurður af hverju hugmyndafræðin hentaði alls ekki og svaraði:

Ef þeir (íbúarnir) fengju að hafa hlutina eins og heima hjá sér, þá hérna .. væri einn bara í baði, annar æti kex allann daginn, og þeir sem reykja væru bara úti að reykja, hömluleysið er algert þeir myndu þeir gera það sem.. Myndu bara borða mat sem

þeim fyndist góður Hugmyndafræðin gæti ekki gengið hérna, nema breyta bara sjúkdómnum hömluleysið er algert.

Þetta eru sjúkir einstaklingar eða þannig. Þeir vilja ekkert leggja á sig Ég sé það ekki fyrir að á þessari deild að hugmyndafræðin gangi eftir Þeir vilja bara fá þjónustu hér, fá þjóna. það myndi enginn aldrei reyna að gera sjálfur. Ég held það sé ekki hægt að útrýma hjálparleysi hér á þessari deild.

Held hvernig ástandið er með heimilisfólkið hérna að það myndi aldrei ganga. Ég myndi óska að það væri hægt. Ég meina það er búið að reyna þetta og ég meina það voru þrír einstaklingar sem tæmdu alla kaffikönnuna 2,2 lítra á 10 mín.

Ég verð vitni að því að fleiri enn 1 og fleiri en 2 hérna gera allt fyrir fólkið, þó það viti að það getur gert það sjálft, einn bara stendur og segir ekki neitt .. ég veit hvað hann vill, enn hann segir ekki neitt. Maður hleypur til og gerir meira en maður ætti að gera...

Annar bætti við að það þyrfti bara skynsemi og einstaklingsmiðun á hvern einstakling.

Starfsfólk fannst það almennt vera of fáliðað til að fara í göngutúra með heimilismönnum enn þeir mættu alveg við meiri útivist. Einn stakk upp á að fá starfsmenn á aukavakt þó ekki væri nema tvo tíma í viku til að fara út að ganga með íbúum, því það væri erfitt að fara út með íbúa ef einn starfsmaður væru eftir á heimilinum.

„Enn ég fattaði eins og síðasta sumar, það bara að, ef það ætti að gera eitthvað hérna yrði að gera það í frítímanum“.

Eins og á sumrin, fáum við blóm til að planta niður, þau vilja ekki gróðursetja þau vilja ekkert fara út. Það er ekki hægt að fá þau út, ha ekki hægt að biðja suma um það, það er ekki hægt fólk er bara orðið svo veikt sumir það er ekki hægt að láta þau gera, eins og einn ég er búin að þekkja hann lengi, hann var aldrei með neitt inni hjá sér, það er miklu meira inni hjá honum nuna heldur enn var.

Þegar spurt var hvort ekki væri hægt að virkja íbúana til að fá sér að borða sjálfa í stað þess að færa þeim matinn, þau gætu þvegið sér um hendur áður en þau borða (það er vaskur og spritt við eldhúsið uppá hreinlætismálin).

Vil ekki svara þessu hahah .. segjum það má alltaf gera betur. ég er hins vegar mjög hlynnt því að gera allt sem er í okkar valdi ef hægt er að virkja suma, ef það er hægt með einhverjum hætti.

Held það væru svo fáir sem myndu meika það, af því þau myndu taka allt of mikið, margir með áráttur. Já og einhverjar óhemjur, held það sé allra hagur að starfsmenn sjái um það.

Þegar viðkomandi var sagt að höfundur hefði prufað, og sett á borðið fyrir íbúana (þar sem þau fengu sér sjálf), hefðu nánast allir verið færir um það. Við höfðum verið með brauð á bakka og allir fengu sér sjálfir, eitt brauð og kex. Starfsmaðurinn var hissa og sagði,

já er það ? já ég myndi halda að sumir tækja bara allt, Já, maður getur fengið þau í allt, það er satt

Þegar annar starfsmaður fékk sömu spurningu sagði hann,

ég veit það ekki, sko, geðsjúklingar eru maður þarf að passa upp á þau, þau eru hömlulaus. Eins og að láta þá sem geta gert hlutina, gera það sjálfa ná í hlutina sjálfir sem það vilja og ef fólk (starfsfólk) er eitthvað sýklahrætt þá bara láta þau þvo sér um hendurnar áður og nú til dæmis bara taka diskinn sinn, sem geta.

Umræðan fór líka inn á hvort einstaklingarnir hefðu nóg við að vera félagslega.

Heimilismenn væru mjög óvirkir félagslega. Þau vilja helst ekki fara í sjúkraþjálfun því þau hafa ekki áhuga á henni. Sumir töldu þó að ef sjúkraþjálfun eða iðjuþjálfun væri haldið að þeim væri kannski hægt að koma því inn sem vana eða rútínu.

Þau varla hafa áhuga að horfa á sjónvarpið, einstaka les hérna. Þau eru alltaf reykjandi, ég meina ætti ekki að baka með þeim, einhverjum eða einhverjum td ein hún hefði gaman af því

það er einhvern veginn ekki framfylgt held ég þessari stefnu eins og þeir vilja meina að sé verið að gera ,, enn samt að hluta til, við erum ekki með neitt privat hér, mér finnst ekki passa að, allir séu að horfa og geti séð hvað skrifað er um aðra.

Við spurningu sex hvort starfsmenn gætu hugsað sér að hafa dýr á heimilinu og hugsa um þau svöruðu fjórir því játandi. Fjórir sögðust kannski vilja það ef það væri ekki of mikil vinna fólgin í því að hugsa um dýrin og einn starfsmaður vildi ekki hafa dýr, fannst þetta bara fínt eins og það er. Það hafði í upphafi verið hundur á heimilinu, enn hundinum leiddist svo mikið að hann var settur í fóstur, enn kemur samt nokkuð reglulega í heimsókn.

Sjöunda spurningin um hvort viðkomandi fyndist að starfsfólk draga úr plágunum þremur, hjálparleysi, einmanaleika og leiða hjá íbúunum, voru starfsmenn ekki sammála. Þrír sögðu að það væri ekki hægt að draga úr plágunum þremur á þessu heimili þetta væru þannig einstaklingar. Þrír sögðu að það væri gert með nærveru og að hjálpa einstaklingunum. Þrír sögðu bæði já og nei, sumt væri hægt að gera og annað ekki. Til nánari glöggvunar var spurt, heldur þú, að hægt sé að draga úr plágunum þremur hjálparleysi, einmanaleika og leiða á heimilinu ?

veistu ég held ekki, eins og ég segi ég myndi vilja kynna mér þetta betur. Við gerum okkar besta, auðvitað er þetta hægt eins og staðan er á heimilinu hérna núna, held ég að við gætum það. kannski ekki að öllu leyti, ekki fyrir alla einstaklingana, enn flesta við erum hérna til staðar finnst þér mætti gera meira fyrir fólkið? það mætti alveg hugsa það, væri hægt að fara út með einn og einn

Einn starfsmaður hafði unnið á öðru Edenheimili áður en hann byrjaði á þessu heimili og sagði að starfsfólkið þar hefði ekki verið sátt við að vera ekki í hlífðarfötum, og reyndar hafi ekki verið orðin mikil breyting., *Mér fannst það ekki sýnilegt, eina sem maður sá voru einhver dýr, og það átti alltaf að vera svo mikið að gera fyrir fólkið“.*

Starfsfólk var almennt jákvætt í sambandi við breytingar en skiptar skoðanir voru um hvort hugmyndafræðin virkaði á heimilinu og hentaði einstaklingum með geðsjúkdóma eða ekki. Stór hluti starfsmanna hafði ekki farið á Eden námskeið. Starfsmaður sem ekki hafði unnið við ummönnumarstörf áður var ánægður með fyrirkomulagið.

„Starfsmenn eru ekki í búningum til að falla betur í hópinn, ekki að skera okkur úr, mér líður oft eins og heima hjá mér hér“

Annar starfsmaður sagði að hægt væri að virkja einstaklingana betur með því að láta þá hjálpa sér sjálfa með t.d mat,

Mér finnst hægt að virkja fólkið betur, það er alveg ótrúlega mikil þjónusta hér. Af okkar starfsfólksins hendi. Ég held það sé ekki gott fyrir neinn að vera bara þiggjandi að þau leggi ekki sitt af mörkum til að fá sér þó það væri ekki nema vatnsglas, mér finnst alveg það mætti virkja þau betur í að ná sér í það sem þau vantar. Og ef starfsfólk vill ekki að íbúar séu að ná sér í glas í skápinn, má þá ekki bara hafa glös á borði svo þau geti fengið sér sjálf. Þau eru með geðsjúkdóma ekki einhverja hræðilega smitandi pest. Það er vaskur við eldhúsið, það er hægt að þvo sér um hendur þar og spritta þær líka ef út í það er farið.

Þemu í viðtölum við starfsfólk voru passívir, hömlulausir, hreinlæti og geta ekki, og því erfitt að fylgja Eden hugmyndafræðinni. Fram kom að starfsfólk myndi vilja virkja íbúana meira en enginn hefur tekið af skarið og framkvæmt það. Einnig fannst sumum að skoða þyrfti lausnir í sambandi við eldhús og hreinlæti. Starfsfólk var á einu máli um að of lítið væri gert fyrir íbúana með tilliti til útiveru. Einnig kom fram að þeim fannst flestir íbúanna hefðu takmarkaðann áhuga og getu til athafna daglegs lífs, sama hvort um var ræða að sækja sér drykk, skammta sér mat, eða fara út að ganga. Höfundur fannst ekki koma nægilega vel í ljós hvað starfsfólkið væri að meina með að íbúarnir gerðu lítið sjálfir og ákvað því að spyrja hvort starfsfólkinu fyndist það vera að gera sitt besta til að draga úr hjálparleysi, einmanaleika og leiða íbúanna. Það kom í ljós að meirihluti starfsmanna taldi að ekki væri gert það besta til að draga úr plágunum þremur. Sumir sögðu bara nei á meðan aðrir gáfu þær skýringar að eflaust teldi starfsfólkið sig vera að gera það besta. Meirihluti starfsfólksins taldi að mögulegt væri að virkja íbúana og draga úr bjargarleysi þeirra.

4.2.2 Viðtöl við íbúa hjúkrunarheimilisins

Áhugavert var að kanna viðhorf íbúanna sem samþykktu að taka þátt í viðtalinu, íbúarnir voru almennt spenntir að vera spurðir og taka þátt, þegar höfundur sagði þeim að hann væri að gera ritgerð. Á heimilinu búa tíu einstaklingar á aldrinum 65 til 71 árs, átta af þeim fluttust inn á hjúkrunarheimilið þegar það opnaði árið 2000. Höfundur leitaðist við að kanna viðhorf íbúa hjúkrunarheimilisins til Eden hugmyndafræðinnar. Hvernig íbúum líkaði heimilið og hvort þeim fyndist þau hafa nóg fyrir stafni á heimilinu. Það kom í ljós að það fluttist enginn íbúanna á heimilið frá einkaheimili, þeir komu allir frá mismunandi stofnunum, sem þeir höfðu dvalið á mislengi. Enginn einstaklinganna hafði verið á sömu stofnuninni allann tímann heldur á mismunandi stofnunum. Annað hvort vegna þessa að starfsemi á fyrra heimili þeirra var lögð niður eða þau fluttu því úrræðin á fyrri stað dugðu ekki lengur.

Dagurinn á heimilinu

Morgunmatur er tilbúinn þegar íbúinn vaknar, hafragrautur, AB mjólk eða jógúrt eftir óskum hvers og eins. Íbúarnir borða morgunmatinn þegar þeir vakna og taka lyfin sín sem eru tengd matartímum. Að morgunmat loknum fara þeir sem vilja í sturtu. Í hádeginu er borinn fram heitur matur klukkan tólf á hádegi og borða íbúar saman í eldhúsinu hádegismatinn (einum íbúa er þó oft færður matur inn á herbergi). Í kaffitímanum koma íbúar aftur saman og fá sér kaffi og með því um þrjú leytið. Klukkan sex er oftast léttur kvöldmatur súpa og brauð, einu sinni til tvisvar í viku er heitur matur á kvöldin líka. Íbúar hafa frjálst val um hvað þeir gera á daginn, þeir geta horft á sjónvarp, lesið eða gert það sem þeim langar fram eftir kvöldi. Kvöldhressing er klukkan níu og íbúar fara flestir að sofa uppúr henni. Ættingjum og vinum eru velkomið að heimsækja íbúana hvenær sem er og fá þá í heimsóknir líka.

Spurningarnar sem lagðar voru fyrir íbúana voru

- 1 Hvenær greindist þú með þinn geðsjúkdóm ?
2. Þekkir þú Eden hugmyndafræðina sem heimilið er rekið út frá ?
3. Hvernig líður þér á heimilinu ?
4. Finnst þér þú hafa nóg fyrir stafni á heimilinu ?

Við spurningu eitt hvenær greindist þú með þinn geðsjúkdóm, kom í ljós að flestir íbúanna sem talað var við vissu ekki nákvæmlega hvenær þeir greindust, og það virtist heldur ekki skipta þau neinu sérstöku máli, enn þeir hafi verið ungir eða yngri og búnir að vera með sjúkdóminn lengi, einn sagðist þó hafa greinst 28 eða 29 ára gamall með geðklofa.

Hvenær greindist þú ? þegar ég var 28 eða 29 ára, með hvað ?

Geðklofa, og það er búið að lækna mig

Ég hætti öllu ekkert skemmtanalíf, ekkert reyktóbak, ekkert alkóhól, enginn kvenmaður engin kynmök.

Höfundur: ekkert í 40 ár ?

Ha

Höfundur: nei nú ertu farinn að ljúga

Sko var á Ási í 11 ár svo á klepp, og kom hingað frá Kleppi

Þar fékk ég 10 í öllu

Er ég nokkuð frekur eða? það er ekki til í mér aggressivi,

það voru engin lyf til það voru hrossasprautur, sellan og spennitreyjur, voru hrossasprautur, sverar eins og heklunál... þetta er paradís fyrir mig að vera hér.

Viðmælandi minn sagðist hafa verið á Kleppi en að honum líkað betur við núverandi heimili og liði mjög vel á staðnum og kynni vel við starfsfólkið. Honum fannst hann hafa allt til alls á heimilinu og bar það saman við fyrri stað sem hann bjó á þannig:

Sko ! Klefínn var hafður opinn á nóttunni, ef einhver rak upp öskur, eða var að tala eða hló eða var að tala við hina eða trufla svefninn hjá hinum var hann settur í einanagrunarklefann.

Hér get ég vakað daga og nætur, og þetta herbergi er jafn stórt og stofan í hinni íbúðinni minn svo er rennihurð og sturta hér, þetta er eins og í paradís.

Þegar íbúar voru spurðir hvort þeir þekktu Eden hugmyndafræðina sem heimilið er rekið eftir, neituðu þeir og höfðu engan áhuga á að vita meira um hugmyndafræðina eða ræða hana neitt frekar og sögðu bara já já þegar reynt var að upplýsa þá um Eden hugmyndafræðina. Íbúar heimilisins létu almennt vel af sér á heimilinu og voru ánægðir með staðinn og gott starfsfólk. Aðspurð um líðan sína á heimilinu voru íbúar allir sammála um að þeim liði vel á heimilinu. Þeim fannst þau hafa nóg að gera og fannst almennt góður matur í boði.

Höfundur: Hvernig líður þér að búa á hjúkrunarheimilinu ? (ekkert svar)

Höfundur: Ertu búin að vera lengi á hjúkrunarheimilum .. *já var á Ási og Hæðargarði, fyrst var ég á .. æ hvað heitir þetta..*

Viðmælandi: *Mér finnst betra að vera á svona sambýli, það var allt í lagi. að er góður matur hér.*

Einn viðmælandi nefndi að, *fá að borða vel hér.*

Annar viðmælandi sagði að, *það væri mjög góður matur hérna.*

Þriðji viðmælandi hrósaði matnum á heimilinu, hér væri mun betri matur en þar sem hann hafi búið áður og sagði. *Já svo var svo vondur maturinn, ef það kom saltkjöt og baunasúpa, ýsa skorin af henni hausinn og halinn og óskrældar kartöflur, svona var þetta fyrst.*

Fjórði viðmælandi gat ekki orða bundist og sagði „*Það er allt til alls hérna, þetta er paradís.* Viðmælandi var mjög ánægður með heimilið lýsti því sem paradís fyrir sig og sagði:

„starfsfólkið tekur þessu eins og heilbrigt fólk og enginn einkennisklæddur eða neitt, við erum öll bræður og systur hérna.

Höfundur: já finnst þér það huggulegt að það sé enginn einkennisklæddur ?

Ég vill ekki þessa hvítsloppa, geta farið í hvítann slopp með hlustunarpípuna og tækið með sér.

Svo er góður matur, get fengið lyf fyrir geðræn vandamál

Höfundur: já þau hafa dugað þer mjög vel er það ekki.

Ég er með 38 þúsund króna sprautu göt, það eru til lyf við öllum geðrænum kvillum

Höfundur: Fyrir hverju voru þessar sprautur ? nú geðklofanum og manúnni.

Við spurningunni finnst þér þú hafa nóg að gera á heimilinu voru íbúar almennt sáttir með það sem þeir höfðu að gera. Íbúum fannst flestum þeir hafa nóg fyrir stafni. Einn viðmælandi sagðist hafa verið á, Ási í Hveragerði í nokkur ár og þar hefði hann verið í handavinnu og alltaf gefið börnunum sínum eitthvað sem hann hefði búið til. Höfundur sagði, þú vilt ekki vera í handavinnu hér, enn þá var svarið jú. Höfundur var hissa og sagði myndirðu vilja það ?*Já kannski fyrir jólin.* (viðmælandi fór ekki í handavinnu fyrir síðustu jóli), enn sagðist kannski vilja fara fyrir næstu jóli. Þemu í viðtölum við íbúa voru, líður vel, gott að borða, góður matur, paradís, nóg að gera. Íbúar sögðust hafa nóg fyrir stafni og þyrftu ekki meira, eins og viðmælandinn sem vill bara fönndra fyrir jólin (það er viðmælanda alveg nóg). Íbúar voru sammála og minntust á að fyrra bragði að það væri góður matur á heimilinu. Matartímar voru fastar samverustundir á heimilinu og íbúum líkaði maturinn vel. Sem tónar við rannsóknir sem gerðar hafa verið við íbúa hjúkrunarheimila og minnst var á í kafla þrjú um mikilvægi matur í lífi íbúa á hjúkrunarheimilum. Það sem kom skemmtilega á óvart í viðtölum við íbúana var líðan þeirra. Íbúar sögðust almennt ánægðir að þeim liði vel og væru sáttir við að búa á heimilinu. Íbúum fannst þeir ekki þurfa að hafa neitt meira að gera enn þeir gerðu dagsdaglega.

Kafli 5

Umfjöllun um niðurstöður

Viðfangsefni mitt við gerð þessarar fræðilegu samantektar var að leita svara við spurningunni, hentar Eden hugmyndafræðin einstaklingum með geðsjúkdóma og getur hún bætt lífsgæði þeirra og dregið úr hjálparleysi, einmanaleika og leiða.

Tilgangurinn við gerð þessarar fræðilegu samantektar fyrir nútímafræðina er að gera Eden hugmyndafræðina sýnilegri í augum almennings, starfsfólks hjúkrunarheimila sem og fyrir hjúkrunarheimilin sjálf. Tilgangurinn var einnig að benda bæði starfsfólki og heilbrigðisstarfsfólk á geðdeildum hjúkrunarheimila á Eden hugmyndafræðina hvernig hún er hugsuð og hvort hún henti einstaklingum með geðsjúkdóma og hver ávinningurinn gæti verið af notkun hennar fyrir einstaklinga með geðsjúkdóma.

Gildi þessarar samantektar fyrir nútímafræðina er að varpa ljósi á ný viðmið í starfi hjúkrunarheimila. Nútímafræðin er þverfagleg hún kemur inn á sálfræði, félagsfræði, heimspeki og mannfræði svo eitthvað sé nefnt. Nútímafræði hugar að rótum nútímans frá mörgum hliðum og skoðar þær umbyltingar sem nútímanum fylgja og veltir fyrir sér breytingum sem orðið hafa á lífsháttum og samfélagsgerð Vesturlanda alveg síðan á 18 öld (Háskólinn á Akureyri, e.d).

Ávinningur af notkun Eden hugmyndafræðinnar fyrir einstaklinga með geðsjúkdóma er mikill þar sem aukning hefur verið í greiningu geðsjúkdóma. Þrátt fyrir velmegun og aukin lífsgæði greinast fleiri og yngri einstaklingar í dag með geðsjúkdóma. Hugsanleg ástæðan fyrir aukningu geðsjúkdóma er lélegt mataræði, hreyfingarleysi, sólarleysi, og vanstarfsemi innkirtla, áfengis og eiturlyfjanotkun. Vaxandi samkeppni, misrétti og félagsleg einangrun er einnig talin vera stór orsök og þessir umhverfisþættir eru tengdir

nútímavæðingunni í dag. Tenging er milli nútímavæðingar og velmegunarsjúkdóma í vestrænu samfélagi (Hidaka, 2012).

Mikil vakning hefur verið í þjóðfélaginu um geðsjúkdóma og málefni geðfatlaðra undanfarið. Líf einstaklings sem greinist með alvarlegann geðsjúkdóm hefur mjög mikil áhrif og breytta birtingamynd á líf hans. Lífsgæði einstaklingsins skerðist og hann missir oft á tíðum getu til athafna daglegs lífs, einstaklingurinn nærast ekki og getur verið bæði sjálfum sér og öðrum hættulegur. Í alvarlegum geðsjúkdómum getur birtingamyndin líka verið misjöfn sem gerir greiningu ekki auðvelda því einstaklingurinn getur haft skerta hugsun, sjálfsmynd og sjálfsbjargargetu. *Alvarlegt þunglyndi* getur lagst á alla aldurshópa óháð kyni, kynþætti eða þjóðerni. Alvarlegt þunglyndi er ævilangt ástand sem hefur gríðarleg áhrif á hegðun og ástand einstaklingsins.

Geðklofi leggst nokkuð jafnt á bæði kynin en aldur hefur mikil áhrif á greiningu. Sjúkdómurinn birtist oftast hjá körlum um tvítugs aldur enn hjá konum um þrítugs aldur. Erfitt hefur reynst að finna orsakir geðklofa, þar sem orsökina virðist einstaklingsbundin. Einstaklingar sem greinast með geðklofa læra með tímanum að lifa með sjúkdómnum og þekkja sjúkdómseinkenni sín og læra því að nýta styrkleika sína, enn engin lækning er til við sjúkdómnum og engin ein meðferð sem hentar öllum.

Geðhvarfasýki (Manía Depressa) einkennist af óreglulegu hugarástandi virðist byggjast meira á utanaðkomandi áhrifum en birtingamynd geðhvarfasýki getur skipst úr bæði uppsveiflum í örlyndi (maníu) og niðursveiflum í þunglyndi (depression) einnig geta báðir fasarnir komið í einu sem kallast þá tvílyndi. Einstaklingurinn getur fyllst bæði algeru vonleysi og lagst í rúmið eða verið svo ofsa kátur og framtakssamur að hann fer og verslar meira enn hann hefur efni á.

Áráttu og þrjáhyggjuröskun veldur einstaklingnum ofsahræðslu og óæskilegum hugsunum sem þeir virðast ráða illa við (þrjáhyggju) einstaklingurinn veit að hann er haldinn sjúkdómnum enn virðist ekki ráða við hann og heldur að ef hann gerir ekki eitthvað ákveðið, (eins og að telja hluti eða opna fernu á ákveðinn hátt) þetta er ekki rökrænn sjúkdómur og einstaklingurinn veit að þetta er ekki rökræn hegðun, enn er samt viss um að eitthvað slæmt gæti gerst fyrir hann eða ástvini ef hann gerir þetta ekki. Sjúkdómur í bráða fasanum getur verið einstaklingnum mjög erfiður og orðið til þess að hann er uppá aðra kominn sem hefur mikil áhrif á hann og fólk í kringum hann.

Eftir að hafa farið í gegnum þá fjölmörgu geðsjúkdóma sem taldir eru upp í kafla tvö, er ljóst að afbrigðin eru fjölmörg og birtingarmynd sjúkdómanna mismunandi eftir eðli hvers og eins þeirra. Geðsjúkdómar hafa verið taldir bæði af lífræðilegum og líkamlegum orsökum sem og utanaðkomandi orsökum.

Geðröskun er hugtak sem hefur verið erfitt að skilgreina en skilgreiningar hafa verið mismunandi og hafa farið eftir menntun þess sem skilgreinir og skiptast í nokkrar gerðir. Geðröskun er sálfræðilegt heilkenni sem tengist vanlíðan eða geturöskun sem getur haft í för með sér sársaukafull andleg einkenni sem fela í sér hættu á dauða, fötlun, þjáningu eða minnkuðu frelsi (Hrefna Ólafsdóttir, 2006). Geðraskanir geta verið mjög hamlandi fyrir einstaklinginn, allt frá því að vera *fælni* við eitthvað ákveðið eins og hunda, ketti eða flugvélar í *almenna kvíðaröskun* sem felur í sér alvarlegar, langvarandi og ýktar áhyggjur af hversdagslegum atburðum eða atvikum. *Félagsfælni* getur valdið því að fólk óttast að fara út úr húsi og verður nokkurskonar fangi heimilis síns, einstaklingurinn fer ekki á mannámót, ekki einu sinni ættarmót. Fólk sem haldið er félagsfælni getur haft einkenni svipuð ofsahræðslu með hjartsláttarónotum, flökurleika og mæði. Greiningar og statistical skali geðraskana (DSM- IV) sem listaður er upp í kafla tvö lýsir meiriháttar þunglyndi sem ástandi sem einkennist af depurð, þyngdartapi eða þyngdaraukningu, svefntruflunum, æsingi, þreytu,

einstaklingurinn hefur þá tilfinningu að hann sé einskis virði, er með einbeitingarskort og endurteknar hugsanir um dauða eða sjálfsvíg.

Margir telja þunglyndi eldri borgara vera hluta af því að eldast og þunglyndi sé eðlileg afleiðing öldrunar. Þunglyndi getur eigi að síður haft mjög þungbær áhrif og valdið því til að mynda að einstaklingurinn þrífur sig ekki, eða fer ekki út úr húsi. Þunglyndi eldri borgara er oft ómeðhöndlað vegna þess að það er talið eðlilegur þáttur í því að eldast og einnig er oft talið að þunglyndi sé eðlilegt viðbragð við langvinnnum sjúkdómum, missi og félagslegum umskiptum. Þunglyndi eldri borgara birtist á mismunandi hátt og því þekkja einstaklingar og fjölskyldur þeirra oft ekki einkennin og gera sér ekki grein fyrir að um læknisfræðilegann sjúkdóm er að ræða. Það er engin ein greining sem segir til um hvernig á að skilgreina þunglyndi en þunglyndi er geðsjúkdómur sem einkennist af óánægju, neikvæðu skapi, sorg og tjáningarleysi. Stundum er þunglyndi rangtúlkað og tekið fyrir aðra sjúkdóma. Eins og fram kom í kafla tvö í ritgerð þessari, eru geðsjúkdómar misjafnlega alvarlegir og misjafnlega algengir. Sérstaklega má benda á þunglyndi, sem má nánast líkja við faraldur í dag, því þunglyndi sækir í auknum mæli á bæði aldraða einstaklinga og einstaklinga almennt í nútímapjóðfélagi. Ástæðan er talin margþætt hún gæti skýrst af færri samverustundum fjölskyldu og vina sem veldur því að einstaklingurinn hefur minni og færri félagsleg tengsl vegna hraða nútímasamfélags. Eldri einstaklingar sem þurfa að flytjast á hjúkrunarheimili óttast oft og kvíðir fyrir að þurfa að flytja á hjúkrunarheimili, af ótta við að missa sjálfstæði sitt, fjárræði og félagsleg tengsl. Sýnt var fram á tengsl milli þunglyndis og þess að flytja á hjúkrunarheimili. Geðsjúkdómar eru nútímalegur faraldur og Eden hugmyndafræðin er nútímaleg lausn fyrir einstaklinga með geðsjúkdóma því hún virkjar einstaklingana með því að draga úr hjálparleysi, einmanaleika og leiða.

2006 setti heilbrigðis og tryggingamálaráðherra faghóp í að skoða hvernig unnt væri að bæta geðheilbrigðisþjónustu aldraðra einstaklinga á Íslandi. Faghópurinn komst að því að besta lausnin væri í forvörnum og finna út hvað það væri sem veldur vanlíðan og koma með fyrirbyggjandi aðgerðir. Markviss geðheilbrigðisþjónusta við aldraða felst í forvörnum. Forvarnir felast í því að greina, veita meðferð og benda á úrræði við geðrænum vandamálum aldraðra. Faghópurinn taldi að hérlendis mætti ætla að um 750 einstaklingar þjáðust af alvarlegu þunglyndi, 750 einstaklingar væru með geðrof og jafn stór hópur með ýmsa geðsjúkdóma. Niðurstöður úr rannsóknum á einstaklingum 65 ára og eldri á Íslandi sýndu að um 2600 einstaklingar eru með þunglyndi. Greining aldraðra einstaklinga er um margt frábrugðin greiningu yngri einstaklinga, því mælti faghópurinn mjög með að komið væri upp sérhæfðri þjónustu fyrir þessa einstaklinga eins og aðrar þjóðir hafa gert, með því að koma á fót ráðgjafa- og göngudeildarþjónustu sem skilaði sér í betri batahorfum (Velferðarráðuneytið, 2006).

William H. Thomas sá þörf til breytinga og því eru börn og dýr boðin velkomin á Eden hjúkrunarheimili sem oftast. Thomas sá breytingu á líðan einstaklinganna þegar þeir gátu sýnt dýrum væntumþykju. Einnig prýddi hann heimilið og garðinn plöntum því plöntur fegrðu heimilið og garðurinn veitti einstaklingunum aðhald og ánægju við að sjá blómin og jurtirnar vaxa og dafna. Þetta breytti andrúmslofti hjúkrunarheimilisins og velti þörfum einstaklinganna sem þar bjuggu í fyrsta sæti og þörfum starfsfólks í annað sæti. Íbúar fengu að velja sína baðdaga, máltíðir, og fatnað sjálfir og starfsfólk þarf ekki lengur að bera undir yfirmann sinn hvort íbúar megi borða úti eða inni, heldur sér starfsfólkið um það sjálft, þetta sjálfræði hefur veitt starfsfólkinu meiri ánægju af starfi sínu. Enn allar svona breytingar taka tíma og starfsfólkið þarf að læra á breytingarnar (Sampsel, 2003).

Stofnanavæðingin hefur ekki bara áhrif á íbúa hjúkrunarheimila, heldur einnig á starfsfólk hjúkrunarheimilanna, sýnt hefur verið fram á að starfsfólk brennur út í starfi, með

tilheyrandi örum mannaskiptum og óánægju. Margar rannsóknir hafa sýnt að jákvæðar breytingar á umhverfi íbúa draga úr þunglyndi og öðrum hegðunarvandamálum meðal íbúa. Samt er þessi aðferð ekki notuð nærri eins mikið í dag og þunglyndislyfja meðferð (Kier og Davis, 2007). Við vitum að vistlegur og notalegur staður hefur áhrif á bæði íbúa og starfsfólk og eins og sagt er ef starfsfólkinu líður vel, líður íbúunum líka vel. Í kafla þrjú kom fram að samkeppni um einstaklinga sem þarfnast langtímahjúkrunar er að aukast. Það er hugsjón sem stýrir því að hjúkrunarheimili verða að vera á verði og hafa aðstöðuna aðlaðandi og taka inn nýjar heildrænar hugmyndir.

Sigurður Hólm Gunnarsson (2013) rekur sögu geðlækninga frá kvekurum á 19 öld í kafla þrjú, en kvekarar voru alfarið á móti harðræði við geðsjúka, þeir beittu mjög húmanískri aðferð og veittu geðsjúkum umhyggju, hlýju, notalegt heimili og góðann mat. Rúmlega helmingur geðsjúkra einstaklinga á þeirra vegum náði fullum bata á þremur árum (Sigurður Hólm Gunnarsson, 2013). Það sem mér fannst merkilegast var að kvekarar náðu með góðum mat, umhyggju, alúð og notalegu heimili að lækna rúmlega helming þeirra geðsjúku einstaklinga sem þeir önnuðust, á tímum þegar geðlyfin sem til eru í dag voru ekki komin á markað. Dregið var úr þessari humanísku aðferð segir Sigurður því hún þótti of dýr og því var farið að setja einstaklingana inn á stórar stofnanir til að draga úr eða reyna að minnka kostnað við ummönnun þeirra. Meðferð geðsjúkdóma breyttist þegar fundið var út að heilastarfsemin væri öðruvísi í geðsjúkum heldur almenningi almennt sem varð til þess að farið í að finna út ótrúlegustu aðferðir til að laga heilanna með því að veita einstaklingunum áfall, það er sjokkera þá það mikið að þeir misstu meðvitund, þeim voru gefin raflost og þeim drekkt svo fátt eitt sé nefnt. Þessar meðferðir höfðu þó oft þau áhrif að þær ollu meiri heilaskemmdum, enn það þótti í lagi og var réttlætt á þeim forsendum að bilaði heilavefurinn myndi vonandi eyðast um leið (Sigurður Hólm Gunnarsson, 2013).

Þjóðir eru að eldast og þótt best sé að einstaklingar geti nýtt sér þjónustu samfélagsins þurfa margir með heilabilun á langtíma hjúkrun að halda í framtíðinni. Mikilvægt er að vita hvað það er sem veldur þunglyndi við flutning á hjúkrunarheimili eða tímann sem á eftir flutningnum fylgir. Einstaklingar með heilabilun sem fara á hjúkrunarheimili virðast lifa lengur en þeir sem eru ekki með heilabilun, þar sem líkamlega heilsa þeirra er betri. Lífsgæði eldri einstaklinga á hjúkrunarheimilium virðist samt oft slök, sérstaklega fyrir einstaklinga með heilabilun sem hafa margar þarfir sem ekki er komið til móts við (Thein, D'Souza, Sheehan, 2011).

Í rannsókn Scocco, Rapattoni og Fantoni (2006), kom í ljós að ákvarðnir um langtímavistun eru oft gerðar skyndilega, annað hvort vegna áhættumats eða að losa þarf einstaklingana út af sjúkrahúsum til að rýma fyrir nýjum sjúklingum og því ekki sinnt óskum þeirra. Þessar takmarkanir á sjálfstæði einstaklingsins í langtíma ummönnun hefur verið litið á sem einn af lykilþáttum þunglyndis. Rannsókn á einstaklingum með heilabilun getur verið erfið og þess vegna eru þessir einstaklingar oftast undanskildir í eigindlegum rannsóknum þótt svo margir þeirra gætu hæglega verið með. Að taka viðtal við einstaklinga með heilabilun getur skilað nýrri og mikilsverðri sýn á líf þeirra. Hvati rannsóknarinnar var í fyrsta lagi að staðfesta rannsóknarútkomu (skap og skilning) einstaklinganna fyrir og eftir flutning á hjúkrunarheimili og skoða sérstaklega áhrif huglægrar reynslu einstaklinga með heilabilun vegna flutninganna. Aðferðin fór þannig fram að einstaklingar 65 ára eða eldri, með greinda heilabilun samkvæmt alþjóðalegum stöðlum og þóttu líklegir til að flytja á hjúkrunarheimili, voru valdir af lista geðþjónustu eldri borgara í Coventry í Bretlandi og í samstarfi við sjúkrastofnarnir fyrir geðsjúka, sérfræðinga geðdeilda og almenna sjúkrahúspjónustu við geðsjúka ásamt samstarfsnefnd geðdeilda. Tuttugu og einn einstaklingur fór í fyrsta viðtalið. Tveir einstaklingar hættu við að flytja á hjúkrunarheimili og fluttu aftur heim eftir fyrsta viðtalið. Einn flutti langt í burtu svo ekki var hægt að nálgast

hann. Átján einstaklingar 11 konur og sjö menn, voru eftir og samþykktu að láta taka við sig viðtal í tvígang. Niðurstaða meginlegra þáttarins var, engin áhrif á skilvirkni og tilhneiging til lækkunar þunglyndis eftir flutninginn. Niðurstöður: fyrir flutning áttuðu einstaklingarnir sig á eigin erfiðleikum, væntingum og ótta við staðinn sem þeir voru að flytja á. Eftir flutning sættu einstaklingarnir sig við aðstæður sínar, en vildu samþykki ættingja fyrir hlutskipti sínu, því skiptir hlutverk fjölskyldunnar miklu máli (Thein, D'Souza, Sheehan, 2011).

Þótt eldri einstaklingar með geðsjúkdóma geti ekki allt vegna líkamlegra annmarka eða sjúkdóms síns, þá í anda Eden fræðanna á að hvetja þá til að hjálpa sér sjálfir. Það er alltaf hægt að hlaupa undir bagga með einstaklingnum og liðsinna honum. Það á ekki að draga úr einstaklingnum það sem býr í honum heldur virkja hann og nýta styrkleika hvers og eins einstaklings, sem er einstaklingnum sjálfum í hag. Eden hugmyndafræðin er mjög mannleg hugmyndafræði og öll viljum við gera það sem er best fyrir einstaklinginn, því hentar hún geðsjúkum jafn vel og öllum öðrum einstaklingum sem þurfa að flytjast á hjúkrunarheimili og er íbúum mjög til góðs, ef starfsfólkið vinnur eftir henni. Í Mannréttindasáttmála Sameinuðu Þjóðanna kemur fram mikilvægi einstaklingsbundins sjálffræðis og sjálfstæðis fyrir fatlaða einstaklinga, þar með talið að þau hafi frelsi til að taka ákvarðanir um eigið líf (Innanríkisráðuneytið, 2013).

Niðurstaða mín úr viðtölum við starfsfólk hjúkrunarheimilisins studdi það að starfsfólk fannst það vera of fáliða til að hægt væri að fara út með íbúum í göngutúra og ýmsar uppákomur, því ekki væri hægt að skilja einn starfsmann eftir með restina af íbúunum ef eitthvað kæmi uppá. Stór hluti starfsfólks hafði ekki farið á námskeiðið um Eden hugmyndafræðina, (þar á meðal ég sjálf) en vissi nokkurn veginn út á hvað hún gekk. Starfsmenn voru almennt mjög ánægðir með starf sitt á heimilinu og töldu heimilið notalegt, bjart og góðann vinnustað. Einnig nefndu nokkrir starfsmenn að það væri galli að hafa engan stað þar sem hægt væri að halda fundi á, tala í síma eða tala saman án þess að íbúar væru

viðstaddir. Einnig var í sama sambandi talað um að íbúar gætu setið yfir möppum sem innihéldu gögn um aðra íbúa og það passaði ekki. Nokkrir starfsmenn töldu að Eden hugmyndafræðin gæti aldrei gengið fyrir einstaklinga með geðsjúkdóma því þeir þyrftu það mikla stýringu og væru hömlulausir. Það kom einnig fram í kafla þrjú aukin vinnubyrði, því starfsfólki var fækkað á heimilunum vegna þess að heimilismenn áttu að geta gert svo mikið sjálfir.

Einstaklingar með geðsjúkdóma eru jafn misjafnir eins og þeir eru margir, því verður ummönnun og hjúkrun að mestu einstaklingsmiðuð í dag. Það eru mannréttindi hvers og eins að hafa eitthvað að segja um líf sitt og að dregið sé úr einmanaleika þeirra, hjálparleysi og leiða. Það er hægt að gera með því að styrkja einstaklingana smátt og smátt til að gera meira í dag enn þeir gerðu í síðasta mánuði, það þarf ekki að vera mikið, bara það að klæða sig eða fá sér kökusneið á disk eða búa um rúmið sitt. Það þýðir ekki að allir eigi að geta gert það sama heldur bara virkja hvern og einn einstakling í að gera það sem hann getur. Markmiðið er að halda í sjálfsbjargargetu og sjálfsbjargarhvöt hvers og eins einstaklings á hans eigin forsendum eins lengi og hægt er.

Það veitti mér mikla ánægju að taka viðtölin við íbúana og þannig fékk ég líka betri innsýn í daglegt líf þeirra og væntingar. Það kom mér á óvart hversu ánægðir íbúar sögðust vera með heimilið og fannst þeir hafa nóg að gera, því okkur starfsfólkinu fannst íbúarnir gera voða lítið dags daglega. Þegar spurt var hvað væri betra, kom í ljós eins og skrifað hefur verið um í kafla þrjú að íbúar hjúkrunarheimila nefna matinn og matartíma sem tónar við fyrri rannsóknir. Matartíminn er samverustund íbúanna, þar koma þeir saman, borða og njóta samveru hver við annan vitandi eða óafvitandi, ég tel hann vera tengingu íbúa hver við annan, þar fer saman ánægja samverunnar og matarins sem verður að gæðastund íbúa og starfsmanna. Einn viðmælanda kallaði heimilið paradís og að mikill munur væri á þessu heimili og fyrri stöðum sem viðmælandi hafði búið á. Það sem viðmælandinn talaði um að

væri paradís var herbergið hans, maturinn, frjálstræðið sem viðkomandi hafði og starfsfólkið. Það að íbúar séu ánægðir með að starfsfólk sé ekki í einkennisklæðnaði kom líka á óvart, því ég hafði aldrei hugsað út í það, þannig það kom mér skemmtilega á óvart að íbúarnir höfðu tekið eftir því og fundist það merki um að við værum öll jöfn.

Nútímafræðin gengur út á að útskýra hvernig hlutirnir hafa verið í það hvernig þeir eru og hvernig við getum lært af reynslunni og byggt ofan á þá reynslu með nýrri þekkingu. Mín skoðun er sú að Eden hugmyndafræðin sé allt þetta og svar við nútíma hjúkrunarheimilum, og henti einstaklingum með geðsjúkdóma jafn mikið og þeim sem eru ekki með geðsjúkdóma. Eden hugmyndafræðin er nútímaleg og mannúðleg sýn á hjúkrunarheimilin í dag og hvernig hægt er að sýna umhyggju í verki, á borði enn ekki í orði fyrir einstaklinga með geðsjúkdóma. Að skapa einstaklingum hlýtt og notalegt heimili fyrir þá sem þurfa heilsu sinnar vegna að búa á hjúkrunarheimili er forgangsatíði í hverju samfélagi. Hjúkrunarheimili eru staður sem æskilegt er að vilja þróa frá stofnanavæðingu gærdagsins á braut nútímaheimilis dagsins í dag. Heimili þar sem einstaklingurinn hefur val og nýtur hlýju, kærleika og umhyggju starfsfólks í fallegu umhverfi, því er Eden hugmyndafræðin svar nútímans fyrir hjúkrunarheimili og einstaklinga með geðsjúkdóma að mínu mati.

Að lokum vitna ég í einn vin minn á heimilinu sem sagði þessa dásamlegu setningu við mig.

„það vilja allir verða gamall, enn enginn vill vera það“

Kafli 6

Lokaorð

Við gerð þessa lokaverkefnis tel ég mig hafa fengið góða innsýn og þekkingu á geðsjúkdómum. Geðsjúkdómur má túlka sem nútímafaraöld því hann getur dregið mikið úr lífsgæðum einstaklingsins og fer það eftir því hvort um er að ræða mjög alvarlega geðsjúkdóma eins og alvarlegt þunglyndi, geðklofa, geðhvarfasýki, árátu-þráhyggjuröskun (OCD), ofsahræðsla, áfallaröskun (PTSD) og persónuleika röskun (Borderline) eða vægari en þó alvarleg sjúkdómseinkenni eins og geðraskanir. Góðu fréttirnar við geðsjúkdóma í dag er að þeir eru að mestu meðhöndlanlegir og bati er mögulegur þó þekkt hafi verið í yfir tvær aldir að lífslíkur einstaklings með geðsjúkdóm sé minni en meirihluta mannfjöldans og geti í versta falli orðið honum lífshættulegur vegna sjálfsvígshættu. Geðsjúkdómur hefur gríðarleg áhrif á líf einstaklings sem greinist með geðsjúkdóm og einnig fjölskyldu hans. Ég las einnig margar fræðigreinar um Eden hugmyndafræðina sem er nútímaleg þróun hjúkrunarheimila og var þróuð af Dr. William H. Thomas sem sá fyrir þörfina til virkja aldraða einstaklinga í gegnum læknisstarf sitt. Thomas gerði það með því að setja fram tíu grunnreglur sem Eden hugmyndafræðin er byggð á. Fyrsta reglan er að draga úr því hjálparleysi, einmanaleika og leiða íbúa hjúkrunarheimila og það gerði hann með því að bjóða börn og dýr velkomin á hjúkrunarheimilið sem og fylla það af plöntum bæði úti og inni svo draga mætti úr einmanaleika og leiða sem sýnt hefur verið að hrjái íbúa hjúkrunarheimila í dag. Viðtöl voru tekin bæði við starfsfólk og íbúa hjúkrunarheimilis fyrir aldraða einstaklinga með geðsjúkdóma. Það kom í ljós að einungis um helmingur starfsfólks taldi Eden hugmyndafræðina ekki henta einstaklingum með geðsjúkdóma, það þyrfti fleira starfsfólk til að hægt væri að gera meira með íbúunum. Íbúunum sjálfum finnst þeir hins vegar hafa nóg að gera og eru mjög sáttir við að búa á heimilinu, þeir láta vel af bæði matnum og starfsfólkinu. Það kom fram að næstum helmingur starfsfólks hefur ekki farið á undirstöðu námskeið um Eden hugmyndafræðina og verður það að teljast galli sem ég mæli með að bætt sé úr sem fyrst. Bent er á að geðsjúkdómar eru nútímafaraöldur sem skýrist vegna lífstílsbreytinga nútímans eins og lélegu mataræði, ónógri útiveru og aukinni ávana og fíkniefnaneyslu. Sýnt var fram á að Eden hugmyndafræðin er svar nútímans í rekstri hjúkrunarheimila. Gildi fyrir nútímafræðina sem þverfaglegann áfanga er að Eden hjúkrunarheimili spennandi valkostur sem býður upp á nútímalegt og virkara heimilislíf fyrir aldraða. Ég tel Eden hugmyndafræðina henta einstaklingum með geðsjúkdóma og að hún bæti lífsgæði þeirra og dragi úr hjálparleysi, einmanaleika og leiða.

Heimildaskrá

- Andersen, E. Spiers, J. (2014). Alone in Eden: Care Aides Perceptions of Consistent Assignments. *Western Journal of Nursing Research*.
Doi: 10.1177/0193945914521903
- Brownie, S. Neeleman, P. Noakes-Meyer, C. (2011).
Exemplar: Establishing the Eden Alternative in Australia and New Zealand.
Contemporary Nurse, 37 (2), 222-224
- Chang, H. Y., Chiou, C. J. og Chen, N. S. (2009). Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health.
Archives of Gerontology and Geriatrics, 50(2010), 267-271.
Doi: 10.1016/j.archger.2009.04.006
- Crowe, A., Lyness, K. P. (2013). Family function, coping, and distress in families with serious mental illness. *The family journal: counseling and therapy for couples and families*, 20(10), 1-12.
Doi: 10.1177/1066480713513552
- Dell'Acqua, G. og Dezza, M. G. C. (2007). The end of the mental hospital: A review of the psychiatric experience in Trieste. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 71(316), 45-69 DOI: 10.1111/j.16000447.1985.tb08512.x
- Duckworth, K. Freedman, J. L. (2012). Anxiety Disorders.
NAMI. The National Alliance on Mental Illness. Sótt 19. Febrúar 2014 frá
http://www.nami.org/Template.cfm?Section=By_Illness&Template=%2FContentManagement%2FContentDisplay.cfm&ContentID=142543

Duckworth, K. (2013). Schizophrenia. *NAMI. The National Alliance on Mental Illness.*

Sótt 24. Febrúar 2014, frá

<http://www.nami.org/Template.cfm?Section=schizophrenia9>

Geðhjálp (e.d.). Geðklofi. Sótt 17 febrúar .2014 frá

<http://gedhjalp.is/?c=webpage&id=32&lid=30&pid=12&option=links>

Harris Y. (2007). Depression as a Risk Factor for Nursing Home Admission

Among Older Individuals. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8 (1), 14-20

DOI: 10.1016/j.jamda.2006.06.005

Háskólinn á Akureyri (e.d.). Kynningarbæklingur Nútímafræðinnar við Háskólann á Akureyri.

Sótt 3. maí 2014, frá

[http://www.unak.is/static/files/Kynningarefni/nutimafr0702\(1\).pdf](http://www.unak.is/static/files/Kynningarefni/nutimafr0702(1).pdf)

Hávar Sigurjónsson (2013). Sjúklingum með persónuleikaröskun fer fjölgandi. *Læknablaðið*,

99 (5). Sótt af <http://www.laeknabladid.is/tolublod/2013/05/nr/4858>

Hidaka, B. H. (2012). Depression as a disease of modernity: explanations for

increasing prevalence. *NIH Public Access*, 140(3), 205-214

DOI: 10.1016/j.jad.2011.12.036

Hrefna Ólafsdóttir (2006). Börn og geðræn vandkvæði.

Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór S Guðmundsson (ritstjórar), *Heilbrigði og heildarsýn:*

félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu (bls. 111-127). Reykjavík: Háskóli Íslands

Ingibjörg Hjaltadóttir og Sigrún Gunnarsdóttir (2002).

Starfsfólk og íbúar á hjúkrunarheimilum. *Öldrun*, 20(2), 15-17

- Innanríkisráðuneytið (2013). Samningur Sameinuðu þjóðanna um réttindi fatlaðs fólks. Sótt 4. maí 2014, frá <http://www.innanrikisraduneyti.is/frettir/nr/28756>
- Koren, M. J. (2010). Person-Centered Care for nursing home residents: The culture change Movement. *Health Affairs*, 29(2), 312-317
DOI: 10.1377/hltaff.2009.0966
- Kier, Frederick J. og Davis, Tracye B. (2007, febrúar). Promoting Cultural Transformation, implementing the Eden Alternative on a VA dementia Care Unit. *Federal Practitioner*, 2007, 32. Sótt 15. apríl 2014. frá http://www.fedprac.com/fileadmin/qhi_archive/ArticlePDF/FP/024020025.pdf
- NAMI. (2013-a). What is mental illness?. Sótt 23. mars 2014, frá [Sótt af http://www.nami.org/template.cfm?section=By_Illness](http://www.nami.org/template.cfm?section=By_Illness)
- NAMI. (2013-b). Borderline personality disorder. Sótt 23. mars 2014, frá http://www.nami.org/Content/NavigationMenu/Inform_Yourself/About_Mental_Illness/By_Illness/Borderline_Personality_Disorder.htm
- NAMI. (2013-c). What is depression?. Sótt 23. mars 2014, frá <http://www.nami.org/template.cfm?section=Depression>
- Rúnar Helgi Andrason sálfræðingur og Engilbert Sigurðsson geðlæknir (ráðgjöf) (e.d.). Þunglyndi. Sótt 2. apríl 2014, frá <http://www.persona.is/index.php?action=articles&method=display&aid=65&pid=12>
- Sampsell, Bethany G. (2003, 1 desember). The Promise, Practice, and Problems of the Eden Alternative. Sótt 1. apríl 2014, frá <http://www.ltlmagazine.com/article/promise-practice-and-problems-eden-alternative?page=2>

- Sigurður Hólm Gunnarsson (2013). Saga geðlækninga – pyntingar, töframedul, lyflækningar og mannúð. *Skoðun*. Sótt 3. apríl 2014, frá <http://skodun.is/2013/03/16/saga-gedlaekninga-pyntingar-toframedul-lyflaekningar-og-mannud/>
- Tavormina, Candace. E. (1999). Embracing The Eden Alternative in Long-term Care Environments. *Geriatric Nursing*, 20 (3), 158-161
Sótt 2. apríl 2014, frá <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457299700091>
- Thein. Nwe Winn, D'Souza. Geraldine, Sheehan. Bart (2011). Expectations and experience of moving to a care home: Perception of older people with dementia. Sage.
DOI:10.11771471301210392971
- Thomas, William H. (1996). Life Worth Living: How Someone You Love Can Still Enjoy Life in a Nursing Home-The Eden Alternative in Action, Acton, Massachusetts: VanderWyk. & Burnham.
- Thornicroft, G. (2011). Physical health disparities and mental illness: scandal of premature mortality. *The British journal of psychiatry*, 199, 441-442.
DOI: 10.1192/bjp.bp.111.092718
- Velferðarráðuneytið (2006). Ábendingar faghóps sem heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra fól að skoða hvernig bæta megi geðheilbrigðisþjónustu við aldraða. Sótt frá 10. apríl 2014, frá http://www.velferdarraduneyti.is/media/Skyrslur/Abendingar_gedheilbrigdistjonusta_vid_aldrada.pdf
- Velferðarráðuneytið (2013). Kröfulýsing fyrir öldrunarþjónustu,

Útgáfa II. *Velferðarráðuneytið*. Sótt 10. apríl 2014, frá

http://www.velferðarraduneyti.is/media/Rit_2013/Krofulysing_oldrunarthjonustu_jan_2013.pdf ISBN 978-9979-799-62-7

