



**MALMÖ HÖGSKOLA**  
**Hälsa och samhälle**

# **DEPRESSIONER HOS ÄLDRE – ETT ONÖDIGT LIDANDE?**

EN LITTERATURSTUDIE

ANNA LARSSON  
ANNA WALLENTIN

Examensarbete i omvårdnad  
46-55 p  
Sjuksköterskeprogrammet  
Maj 2006

Malmö högskola  
Hälsa och samhälle  
205 06 Malmö  
e-post: [postmasterhs.mah.se](mailto:postmasterhs.mah.se)

# DEPRESSIONER HOS ÄLDRE – ETT ONÖDIGT LIDANDE?

EN LITTERATURSTUDIE

ANNA LARSSON  
ANNA WALLENTIN

Larsson, A & Wallentin, A. Depressioner hos äldre – ett onödigt lidande? En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 10 poäng*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, utbildningsområde omvårdnad, 2006.

Depression är en av våra vanligaste folksjukdomar. Hos äldre är symtomen ofta av annan karaktär än hos yngre personer. Detta leder till att depressioner hos äldre ofta inte upptäcks utan förblir obehandlade. Syftet med denna litteraturstudie var att få mer kunskap och ökad förståelse för patientens situation vid depression.

Vi ville också undersöka vad som fanns skrivet i litteraturen om äldres depressioner, samt vilka tecken som vi som sjuksköterskor ska vara observanta på för att förhindra onödigt lidande. Våra frågeställningar var: Hur kan depression yttra sig hos äldre? Vilka är riskfaktorerna för äldre att utveckla depression? Vad kan sjuksköterskan göra för att minska lidandet och skapa god vård?

Resultatet visade att vanliga yttringar av depression hos äldre kan vara viktning, sömnlöshet, smärta, apati och ångest. Vanliga riskfaktorer var bland annat ensamhet, brist på socialt stöd, smärta och kognitiva skador. Det visade även att det var av stor vikt att sjuksköterskan tog sig tid att lyssna på patienten för att kunna upptäcka de ofta välmaskerade symtomen på depression.

*Nyckelord:* Behandling, depressioner, riskfaktorer, sjuksköterska, yttringar, äldre.

# **DEPRESSION IN ELDERLY – AN UNNECESSARY SORT OF SUFFERING?**

A LITERATURE STUDY

ANNA LARSSON  
ANNA WALLENTIN

Larsson, A & Wallentin, A. Depression in elderly – an unnecessary sort of suffering? A literature study. *Degree project in Nursing, 10 credit points*. Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2006.

Depression is one of our most common diseases. In elderly the symptoms often seem to change its nature which means that depressions in elderly often stays undetected and therefore untreated. The aim of this study was to get more knowledge about depressions in elderly and a greater understanding of the patient's situation. We also wanted to examine what was written in the literature about depressions in elderly, as well as what signs a nurse should be observant of to prevent this sort of unnecessary suffering. Our questions were: How is depression shown in elderly? Which are the risk factors to develop depressions in elderly? What can the nurse do to relief suffering and create a good care?

The results showed that the most common symptoms of a depression are loss of weight, sleeplessness, pain, apathy and agony. It also showed that common risk factors were loneliness, lack of social support, pain and cognitive impairments. An other important thing that was shown was the importance of the nurses ability to listen to the patient in order to discover the often well covered signs of the disease.

*Key words:* Depression, elderly, nurse, risk factors, symptoms, treatment

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	5
Vad är depression?	5
Epidemiologi	
Etiologi	
Symtom	6
Diagnostik	7
Differentialdiagnoser	8
Omvårdnad och behandling	9
Etik i omvårdnaden	10
TEORETISKA REFERENSRAMAR	10
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	11
METOD	12
Litteratursökning	12
Inklusionskriterier	12
Exklusionskriterier	12
Databassökning	12
Granskning av artiklar	14
RESULTAT	14
Hur kan depression yttra sig hos äldre?	14
Vilka är riskfaktorerna för äldre att utveckla depression?	15
Vad kan sjuksköterskan göra för att minska lidandet och skapa god vård?	16
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	18
REFERENSER	23
BILAGOR	25

## INLEDNING

Depression är en sjukdom som kan drabba vem som helst, inom samtliga samhällsskikt, när som helst och dessutom ta sig många olika uttryck. Den kan smyga sig på oss utan yttre anledning, som från ingenstans. Orsaken är ofta en kombination av inre och yttre faktorer (Silfving, 2004). Sjukdomen leder till försämrad livskvalitet, ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar, ökad sjukvårdskonsumtion och ökad dödlighet. Depression är dessutom den vanligaste orsaken till självmord bland äldre. (Marcusson m fl, 2003)

När vi som sjuksköterskestuderande gjorde vår kliniska utbildning, slogs vi av hur vanligt det var att patienterna antingen var deprimerade eller uppvisade olika former av depressiva symtom. Dessa patienter fanns alltså inte bara inom psykiatrin, utan även i lika hög grad inom somatiken, fastän den huvudsakliga vårdorsaken varit en annan. Vi tycker därför att det är av stor vikt att sjuksköterskan har kunskap om psykiska sjukdomar för att kunna bemöta dessa patienter på bästa sätt.

Nya studier visar att allt fler depressiva patienter söker sig till primärvården, där man ofta missar att fånga upp dem i ett tidigt skede och därmed orsakar onödigt lidande. Psykiska problem är ofta intimt förknippade med skamkänslor, varför patienterna inte alltid vågar anförtro sig åt vårdpersonalen. (Henkel m fl, 2004)

Vi har noterat att många patienter med symtom på depression inte själva har kunnat sätta dem i samband med just depression på grund av att de har uppfattat besvären som en fysisk åkomma, t ex magont eller sömnrubbingar.

Vårdpersonalen missar då lätt att fånga upp de här patienterna just på grund av att fokus är riktat åt fel håll. Då depressioner visar sig med både kroppsliga och själsliga symtom, är det av största vikt att man verkligen ser hela människan och inte bara dennas psykiska status i omvårdnadssituationen.

Vi tror att tidsbrist är en viktig faktor, då brist på tid gör det svårt för vårdpersonalen att ta sig tid att verkligen lyssna och samtala med patienten. Problemen kan ju vara flera.

## BAKGRUND

### Vad är depression?

*”Allting är så tungt och svårt. Jag klarar inte av de enklaste saker längre. Jag har inte lust att göra någonting alls. Jag ids inte. Jag måste göra saker och ting lika bra som tidigare. Jag är alldeles för orolig för att någonting ska kännas trevligt. Det är ingen idé. Jag orkar inte och dessutom skulle jag ändå bara misslyckas.”* (Tanner & Ball, 2003).

Depressioner hör till de mest handikappande psykiska sjukdomarna i västvärlden och antidepressiva läkemedel mot depression och ångest är bland de mest utskrivna läkemedlen i världen. Hjärtsjukdomar och alkoholism kan ofta vara täckta symtom på en djupt liggande depression (Silfving, 2004).

## *Epidemiologi*

Depression är en vanlig folksjukdom. Det finns två huvudvarianter av sjukdomen. Den ena kallas för egentlig depression, här nämnd som endast depression, och den andra för dystymi, vilket är detsamma som sjukligt svärmod. Ungefär varannan kvinna och var fjärde man drabbas någon gång i livet. Könsskillnaden minskar med åldern. Depressioner hos äldre är vanliga, fast ofta inte diagnostiserade och blir därmed inte behandlade. 15% av de äldre beräknas vara deprimerade, men det varierar mycket mellan olika grupper ( Wasserman, 2003 ).

Hos äldre är det den vanligaste psykiska sjukdomen och nyinsjuknande är vanligt. Det har i epidemiologiska undersökningar visat sig att bland de äldre, trots att de i allmänhet är de som har högst förbrukning av psykofarmaka, är det bara 20 % av de deprimerade som får specifik behandling (Marcusson, m fl 2003).

Sjukdomen breder ut sig allt mer i samhället och anses enligt WHO vara den snabbast ökande folksjukdomen, samt den fjärde vanligaste orsaken till ohälsa i världen. Bara luftvägsinfektioner, diarrésjukdomar och sjukdomar hos nyfödda är vanligare (SBU-rapport 166, 2004).

## *Etiologi*

Åldrandet i sig innebär stora förändringar för människan, både psykosocialt och rent biologiskt. De psykosociala förändringarna består främst av förändringar i livssituationen. Maken/makan dör, vännerna börjar även de att försvinna efterhand och kontaktnätet blir allt mindre. Hälsan börjar vackla, ens egen eller anhörigas. Dagarna blir långa, allt känns hopplöst, kanske äter man sämre utan att någon noterar detta. Man får minskad ämnesomsättning och organen i kroppen fungerar allt sämre. Läkaren kontrollerar kanske bara om man lider av somatiska sjukdomar och eventuell vårdpersonal hinner kanske inte att ta sig tillräckligt med tid för att kunna tillfredsställa patienternas samtliga behov. Det som från början var en lätt nedstämdhet kan nästan omärkligt glida över till en långvarig och mer svårbehandlad depression om omgivningen inte är tillräckligt uppmärksam (Wasserman, 2003).

Vanföreställningar förekommer ofta. Det kan gälla allt från där man trots god ekonomi, överdrivet oroar sig för huruvida pengarna ska räcka, till att oroa sig för allehanda, ofta obefogade, sjukdomstillstånd. Detta är speciellt vanligt bland de äldre patienterna (Marcusson m fl, 2003).

Depression hos äldre kan även ha biologiska orsaker, dvs. åldersförändringar i hjärnans centrala nervsystem. Både vid depression och normalt åldrande sker förändringar i kärlsystemen samt i de kemiska signalsystemen. Dessa faktorer tillsammans med andra somatiska sjukdomar, samt smärta, kan också framkalla depressionstillstånd (a a).

En del somatiska sjukdomar som stroke, parkinson, cancer, infektioner och thyroideasjukdomar, liksom brist på folsyra, viktiga fettsyror och vitamin B12, tros kunna orsaka depressioner. Betablockerare, L-dopa, kortikosteroider och sedativa preparat, är bara några av de många läkemedel som är vanliga bland äldre. Även dessa anses kunna ge upphov till depressioner. Då många äldre lider av somatiska sjukdomar eller bristtillstånd och därmed konsumerar stora mängder läkemedel, är det av extra stor vikt att en grundlig utredning görs för att fastställa rätt diagnos samt utesluta differentialdiagnoser. Det är inte bara somatiska sjukdomar som kan orsaka depressioner, utan det har även visat sig att depressioner kan orsaka en del

somatiska sjukdomar, som t ex stroke och hjärtinfarkt, samt försämra prognosen vid en del av dessa (a a).

Personer som lever ensamma, bor på sjukhem eller i servicehem, tycks vara mer utsatta. Flera undersökningar pekar på att 30-40 % av boende på sjukhem uppvisar depressiva symtom. Detta kan bero på brist på stimulering, engagemang och omsorg. Bland hemmaboende personer som har kontakt med sina anhöriga, är motsvarande siffror under 10 %. Skillnaden kan naturligtvis bero på att de äldre som ej är hemmaboende, oftast har en sämre somatisk hälsa. Detta kan, som tidigare nämnts, orsaka depression (Wasserman, 2003).

Enligt Cullberg (2001) är just ensamhet och isolering den främsta enskilda orsaken till psykisk ohälsa. Detta gäller speciellt de äldre då de har svårare att skapa nya kontakter samt vidmakthålla det sociala nätverk de tidigare haft, samtidigt som de är beroende av stimulans och trygghet.

### *Symtom*

Depression är detsamma som en djup sänkning av stämningsläget (SmithKline Beecham).

Det är naturligt att känna sig ledsen och nedstämd vid svåra situationer, det hör livet till. För att nedstämdheten ska klassas som depression medicinskt, krävs att man under minst två veckors tid dagligen känt sig nedstämd och glädjelös (Pfizer, 2003).

Depressioner som debuterar i hög ålder, kan ha specifika kännetecken. Ett symptom kan dominera och ibland vilseleda diagnosen. Därför är det viktigt med en detaljerad anamnes. De klassiska depressionssymtomen brukar vara sänkt grundstämning, hämningssymtom, oavledbar nedstämdhet, vitalsymtom och störd dygnsrytm. Patienten känner sig djupt nedstämd och sorgsen, oftast orolig och ångestfylld, speciellt på morgonen under den så kallade vargtimmen. Självförtroendet sjunker och intensiva skuld känslor sätter in (Marcusson m fl, 2003).

Inte ens det man brukar tycka om att göra intresserar en längre. Man presterar sämre och undviker social samvaro. Hämningssymtomen är centrala i depressionssymtomen. De brukar delas in i känslomässiga, intellektuella, viljemässiga och motoriska hämningar. Den känslomässiga hämningen gör att man blir likgiltig även för de allra närmaste. Patienten kan tappa känslor för sin make, sina barn och sina vänner, samtidigt som skuld känslorna plågar.

Den intellektuella hämningen gör att man får störd tankeverksamhet, koncentrationssvårigheter och minnessvårigheter. Den viljemässiga hämningen visar sig i svårigheter att komma igång med saker. Man blir passiv, initiativlös och totalt energilös.

Motorisk hämning innebär att rösten blir entonig och kroppsrörelserna långsamma, talflödet minskar och ansiktsmimiken försvinner ( a a ).

Andra allvarliga symtom kan vara att man går ner/upp i vikt på grund av minskad/ökad aptit, sömnlöshet, dygnsrytmstörningar, extrem trötthet, ångest, minskad salivutsöndring, förstoppning samt nedsatt sexuell lust och förmåga, dvs vitalsymtom (Marcusson m fl, 2003).

En typisk beskrivning kan vara att man känner att livslusten är som bortblåst, håglösheten tilltar och man har svårt att komma igång, särskilt på morgnarna. Tankar om obehagliga saker maler och maler. Allt ältas om och om igen. Inget är roligt längre och allt man skulle behöva göra verkar oöverstigligt svårt. Man känner sig värdelös och skuld känslorna hotar att ta över ens liv. Ängesten kommer krypande och nätterna blir alltmer sömnlösa. Livet känns meningslöst, vilket kan leda till självmordstankar. Risken för självmord är då stor (Pfizer, 2003).

Mäns sjukdomsbild kan vara mer otydlig än kvinnors. De visar oftast inte sina känslor då den traditionella mansrollen säger att det är omanligt att visa dem. Det anses vara ett tecken på svaghet. I stället upptäcks kanske inte en depression förrän det har gått så långt att de börjar få prestationsproblem t ex på arbetet. Symtomen kan vara diffusa, t ex värk i kroppen och/eller sömnsvårigheter.

Många män döljer sina depressioner bakom alkoholmissbruk, vilket kan förvärra symtomen ytterligare. Aggressivt beteende och bristande impuls kontroll kan vara andra tecken på depression. Män har ofta svårare att tala om känslor än vad kvinnor har. Skamkänslorna tar över och man vill inte gärna kännas vid sina problem. Därför söker män mer sällan professionell hjälp (Wasserman, 2003).

### *Diagnostik*

Depressioner kommer ofta smygande och det är då lätt, särskilt när det gäller äldre personer, att tro att symtomen är tecken på det naturliga åldrandet.

Man tänker kanske att det är naturligt att gamla människor känner sig nedstämda då de ofta, mer eller mindre, lider av olika åldersrelaterade besvär. Smärttillstånd av olika slag är vanliga, liksom oro och sömnproblem. Det är dock känt att just smärtekänsligheten har förmågan att öka vid depressionstillstånd, precis som andra smärre kroppsliga krämpor. Eftersom alla dessa besvär är ofta förekommande i denna åldersgrupp, är det också mycket vanligt med just somatiska klagomål vid depression. Andra symtom på depression som lätt kan uppfattas som tecken på somatisk sjukdom, är matleda, viktnedgång, undernäring samt extrem trötthet. Då sjukdomsbilden kan vara så oklar och många äldre ofta anpassar sin sinnestämning till den de talar med, kan läkaren lätt missa symtomen på en depression. Inte förrän långt senare när patienten mår så dåligt att den klart uttrycker sin livsleda och kanske till och med dödsönskan, börjar man förstå att en depression kan vara orsaken till symtomen. Då är ofta sjukdomen långt framskriden och behandlingen betydligt svårare (Wasserman, 2003).

Som tidigare sagts, liknar symtomen på depression många andra somatiska sjukdomar. Det är mycket viktigt att patienten utreds ordentligt så att den kan få rätt diagnos. Om inte så sker, kan det leda till stort lidande och många onödiga behandlingar och utredningar av patienten (Marcusson m fl, 2003).

För att diagnosticera och klassificera depression finns flera olika metoder. Några av de vanligaste och mest använda är DMS-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Classification of Diseases, fourth edition) och ICD – 10 ( International Classification of Diseases), som är WHO:s kriterier för sjukdomsdiagnoser.

Många undersökningar pekar på att mindre än 20 % av de sjuka är under behandling, ofta pga utbredda fördomar om att det hör åldrandet till att vara trött, sur och gnällig. Symtomen tas sällan på allvar och sjukdomen är klart underdiagnostiserad, speciellt bland äldre. Anhöriga, liksom vårdpersonal, förväxlar symtomen



med kroppslig sjukdom eller skyller på andra, naturliga men svåra, händelser i den gamles liv, som sorg (Gulmann, 2003).

### **Differentialdiagnoser**

Då många av de symtomen som äldre uppvisar vid depression inte alltid är helt typiska dem som yngre visar upp, är det lätt att sjukdomen förbises och förblir oupptäckt. Vanligt är att de klassiska symtomen som sömnstörningar, nedstämdhet och skuldkänslor kamoufleras av somatiska symtom. Medan de yngre alltså klagar på glädjelöshet, sömnstörningar och skuldkänslor så skyller kanske flera av de äldre mer på tillstånd som smärta, minnesstörningar och uppvisar ett beteende med mera primitiva, frontala tecken som aggressivitet, irritabilitet, ångest och hypokondri. En annan skillnad brukar också vara att yngre personer med sjukdomen ofta har en viss sjukdomsinsikt, medan de äldre ofta helt saknar detta. Sjukdomar som ofta förväxlas med depression är, förutom olika typer av demens, olika bristtillstånd, hypotyreos, hyperkalcemi, infektioner samt vissa psykiska sjukdomar. Symtomen kan vara förvillande lika och diagnoserna kan ofta visa sig vara multipla vid en ordentlig utredning. ( Marcusson, 2003)

Alzheimers, som är en av de mer kända demenssjukdomarna, har i sin debut många gemensamma symtom som hämning, apati, agitation, irritabilitet, med depression. Skillnaderna består främst i hur symtomen debuterar och hur snabb utvecklingen är.

Depression har en mer väldefinierad debut, snabbare utveckling, samt ofta har den drabbade haft en tidigare depressiv fas. Hos den demente är debuten mer smygande och försämringen sker mer långsamt. Dementa har sällan sjukdomsinsikt, vilket de flesta deprimerade har (gäller dock inte alltid för de äldre). Risken för hypotyreos ökar med stigande ålder och kan ge upphov till liknande symtom dvs. apati, minnesstörning och trötthet. Hyperkalcemi å andra sidan, kan leda till symtom från centrala nervsystemet vilka också de yttrar sig i trötthet, koncentrations svårigheter, nedsatt initiativ förmåga, minnes störningar osv. Olika bristtillstånd tex. anemi, vitamin B-12, samt folatbrist är vanligt hos äldre och kan också ge liknande symtom (Marcusson, 2003).

### **Omvårdnad och behandling**

Det har ingen effekt att säga till en person som är deprimerad, att han eller hon skall försöka ”rycka upp sig”, då den deprimerade helt enkelt inte kan göra detta. Att anhöriga kan bli irriterade och känna sig uppgivna är helt normalt. Då är det viktigt att man får tala med någon utomstående person om detta.

Enligt socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, skall sjuksköterskan kunna identifiera och förebygga hälsorisker och motivera till förändrad livsstil där det behövs. Hon/han skall också bedöma patientens egna resurser och förmåga till egenvård (Socialstyrelsen, 2005).

Det är, som vi nämnt tidigare, av stor vikt att depressiva symtom uppmärksammas för att rätt diagnos ska kunna ställas och att rätt behandling ska kunna sättas in, samt att personen får psykiskt stöd och rätt omvårdnad. Sjuksköterskan och övrig vårdpersonal måste se till att den deprimerade får i sig tillräckligt med mat och dryck, då de ofta glömmer detta pga minskad aptit eller apati. Man bör inte utsätta en deprimerad för större förändringar som t ex flyttning. En lugn och trygg miljö är viktigt (Wasserman, 2003).

Vid depressionsbehandling med läkemedel hos äldre, bör man börja med en låg dos eftersom många äldre är känsliga och har olika stor upptagningsförmåga. Behandlingen ska vara långvarig. Det bör gå minst ett halvt till ett år innan man gör ett försök att långsamt sätta ut läkemedlet, pga risken för att depressionen ska bli kronisk eller att medicinen inte längre får någon effekt. Det är känt att för kortvarig medicinering ofta leder till återfall som i sin tur, pga upprepad medicinering, leder till behandlingsresistens och senare ofta kronisk depression. Många äldre slutar gärna att ta sin medicin innan behandlingen är avslutad. Kanske för att de inte tror på läkarens diagnos pga att symtomen visar sig somatiskt eller för att de tycker att de känner sig helt återställda och därför omotiverade att fortsätta.

De vanligaste läkemedlen vid depression hos äldre är de selektiva serotoninåterupptagningshämmarna, så kallade SSRI-preparat. Genom att de hämmar serotoninåterupptagningen i hjärnans centrala nervsystem, hålls serotoninet på en jämn nivå. (Marcusson m fl, 2003)

Serotonin är en transmittorsubstans som fungerar som hjärnans budbärare mellan nervcellerna. De påverkar t ex känsloliv, tankeverksamhet, initiativförmåga och sömn. Biverkningar av SSRI-preparat är illamående, mag- o tarmbesvär och huvudvärk. Detta är vanligast i början av behandlingen. Effekten av läkemedlet, dvs förbättring av depressionen, sker ofta långsamt och inom ca 12 veckor har full effekt uppnåtts (Infomedicas hemsida).

Kognitiv beteendeterapi har också visat sig ha god effekt vid depressionsbehandling hos äldre. Ibland måste man dock kombinera detta med antidepressiva läkemedel (a a).

Vid mycket djupa depressioner har behandling med ECT (Elektro konvulsiv behandling) ofta god effekt redan efter några behandlingar (Marcusson m fl 2003).

### **Etik i omvårdnaden**

För lite resurser är ett stort problem i dagens äldreomsorg. Besparingar och indragningar är regel snarare än undantag när vården skall drivas för minsta kostnad. Detta utan minsta tanke på att kvalitén därmed försämras och att det kan bli flerdubbelt så höga kostnader i slutändan, på bekostnad av de äldres hälsa och välbefinnande (Jansson m fl, 2005).

I omvårdnaden är det vårdtagaren och hennes/hans behov som skall stå i centrum. Detta kan ibland vara förenat med svårigheter, då en person, som innerst inne är deprimerad, kan bli otrevlig, aggressiv och vägra samarbeta, utan att någon egentligen förstår varför. Risken finns då att detta efter ett tag blir en psykisk påfrestning för vårdpersonalen. De orkar till slut inte vara vänliga och förstående längre. En ond cirkel har bildats, både vårdtagare och vårdpersonal mår dåligt. Detta är en mycket vanlig situation. För att undvika att den uppstår är det viktigt att någon tar sig tid att sitta ner och samtala med vårdtagaren i lugn och ro och försöka finna grundorsaken till det otrevliga, aggressiva beteendet. Kanske är hon/han ledsen för något eller har svårt att uttrycka sig. Det kan vara förtvivlan över att inte längre klara av enkla dagliga göromål, såsom t ex att sköta sin hygien, utan tvingas att ta hjälp av främmande personer, till och med i ens eget hem. Att ha tvingats lämna sitt hem och flytta in på äldreboende för att situationen hemma blivit ohållbar, kan också vara en orsak till förtvivlan som ger sig uttryck i aggressioner och problem att samarbeta (Jansson m fl, 2005).

Som sjuksköterska och människa påverkas vi av olika faktorer när vi skall göra ett omdöme av en annan person, t ex en vårdtagare. Dessa faktorer kan vara erfarenheter och kunskap som vi har sedan tidigare. Vi påverkas även omedvetet av fördomar som vi har när vi skall göra ett förnuftigt och etiskt rätt avgörande (a a).

## **TEORETISKA REFERENSRAMAR**

Vi har valt att använda oss av både Carnevalis och Antonovskys teorier som referensramar i vårt arbete, då vi ansett att båda passade bra in på vårt ämne.

I samhället idag handlar det mycket om att synas och att vara duktig, man bedöms för vad man har presterat och inte för den person man är. Som äldre är det lätt att då känna sig onyttig och värdelös, eftersom man inte längre är till någon nytta, och att man är till besvär för anhöriga som har fullt upp med sitt och även kanske måste hjälpa den äldre ibland.

Kanske sitter man som äldre och funderar över sitt liv, blev allt som jag hade tänkt mig? Vad har jag lyckats åstadkomma i mitt liv? Vad har jag misslyckats med? Det jag hade som mål att prestera klarade jag kanske inte av, det som jag drömde om, och nu är det för sent.

Dagligt liv och funktionellt hälsotillstånd är beroende av varandra. Mellan dessa skall det råda jämvikt för att man skall ha god hälsa och god livskvalitet. Livskvalitet för en person är att upprätthålla balansen mellan kraven i det dagliga livet och de yttre och inre resurser som man har för att klara av dessa krav (Carnevali, 1999).

Fastän man lider av en sjukdom så har man alltid någon slags resurser som kan vara till hjälp för att man skall bli frisk. Vad som bestämmer hur lätt eller svårt tillfrisknandet blir är enligt Antonovsky (1991) KASAM – känsla av sammanhang, dvs vilken grad man har av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Det går alltså lättare att klara svåra situationer i livet om man ser en struktur i, och förstår det som händer. Detta leder till en bättre hälsa och livskvalitet (a a).

Den känsla av sammanhang man har, kulturellt, historiskt och socialt, är det som ligger till grund för vilken grad av KASAM man har. Här har utbildning, socialt stöd, bra levnadsförhållanden och hur god självinsikt man har, stor betydelse för hälsan. Det har också stor betydelse för hälsan att man är engagerad i det man gör (Antonovsky, 1991).

I Klang & Söderkvist (2001), nämns att för att främja ett tillfrisknande kan sjuksköterskan se till att patienten ser en struktur i sin situation. Detta genom att ge information till patienten om sjukdomen, behandlingen och vad patienten själv kan göra för att hjälpa sig själv. Det viktigt att sjuksköterskan motiverar patienten för att påskynda tillfrisknandet.

# SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna studie är att ökad förståelse för patientens situation vid depression. Vi vill också undersöka vad som finns skrivet i litteraturen om äldres depressioner, samt vilka tecken vi som sjuksköterskor ska vara uppmärksamma på för att förhindra onödigt lidande.

Våra frågeställningar är följande:

- ? Hur kan depression yttra sig hos äldre?
- ? Vilka är riskfaktorerna för äldre att utveckla depression?
- ? Vad kan sjuksköterskan göra för att minska lidandet och skapa god vård?

## METOD

### Litteratursökning

För att få svar på våra frågeställningar har vi valt att göra en litteraturstudie där vi har granskat artiklarnas vetenskaplighet enligt Polit m fl, 2001. Studien är baserad på 11 vetenskapliga artiklar som vi har funnit genom systematiska sökningar i följande databaser: PubMed, Cinahl, Elin, Science Direkt samt Academic Search Elite. Artiklarna valdes efter hur innehållet matchade någon av våra frågeställningar.

### Inklusionskriterier

För att artikeln skulle inkluderas i vår studie krävde vi att följand kriterier uppfylldes:

- Artikeln skulle vara skriven på engelska och innehålla ett abstract.
- Den skulle vara publicerad mellan år 2000 och 2005.
- Artikeln skulle begränsas till att handla om människor i åldern 65+.
- Den skulle vidare uppfylla kriterierna för vetenskaplighet enligt Polit m fl, 2001.

Efter en tids intensiv sökning valde vi att utöka tidsintervallet för publicering till mellan år 1995 och 2005 pga att det då blev lättare att få tillgång till relevanta artiklar i fulltext.

### Exklusionskriterier

På grund av tidsbrist valde vi bort de artiklar som inte var tillgängliga i fulltext. Vi valde även att exkludera artiklar som behandlade depressionstillstånd i samband med andra, svårare patologiska tillstånd. Vår avsikt var främst att fokusera på depressioner i sig.

### Databassökning

Vi började vår sökning med att systematiskt söka i de tidigare nämnda databaserna en efter en. Då vi ofta fann att det var svårt att komma åt artiklarna i fulltext direkt från databaserna valde vi att arbeta efter följande metod:

1. När vi hittat en artikel som enligt titeln verkade relevant läste vi dess abstract och skrev ut den om den fortfarande verkade intressant för vår studie.
2. När samtliga av de förut nämnda databaserna genomfördes, och alla för oss intressanta abstracts skrivits ut, gick vi in på databasen Elin via Malmö Högskolas hemsida.
3. Med hjälp av informationen i utskriften av abstracten kunde vi sedan identifiera och söka upp artiklarna i Elin, där många av dem fanns tillgängliga för oss.

Tabell 1. Sökschema

Databas	Sökord	Limits	Antal träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Använda artiklar
Pub Med	Depression	Abstract 5 years English Human 65 year+	7939	11	5	0
Pub Med	Depression and Treatments	“	2515	6	1	0
Pub Med	Depression and Symptoms	“	5585	7	2	1
Pub Med	Depression and Symptoms and Risk factors	“	858	8	3	1
Pub Med	“Depressive disorder”[MeSH]	“	2702	3	0	0
Pub Med	Depressive disorder”[MeSH]	Abstract 10 years English Human 65 years+	4857	12	4	2
Pub Med	Depression [MeSH]	“	3910	8	5	2
Pub Med	Risk factors [MeSH]	“	43742	0	0	0
Pub Med	Risk factors and Depression. [MeSH]	“	614	2	1	1
Pub Med	Signs and Symptoms [MeSH]	“	48530	0	0	0
Pub Med	Depression and Signs and Symptoms	“	863	4	3	1
Pub Med	Helplessness learned [MeSH]	“	28	3	0	0
Pub Med	Depression and Helplessness learned	“	7	1	0	0
Pub Med	Nursing [MeSH]	“	4461	15	1	0
Pub Med	Depression and Nursing [MeSH]	“	94	8	4	1

Pub Med	Aged	“	454987	2	0	0
Pub Med	Depression and Aged [MeSH]	“	3910	11	0	0
Science Direct	Depression and Symptoms	“	6255	6	1	1
Science Direct	Depression and Symptoms and Geriatric	“	97	5	0	0
Academic Search Elite	Depression and Symptoms	“	1871	6	0	0
Academic Search Elite	Depression and Symptoms and Geriatric	“	103	4	0	0
Cinahl	Depression and Elderly	“	3417	6	0	0
Elin	Tornstam	“	10	4	1	1

### Granskning av artiklarna

En kortfattad beskrivning av kriterier för bedömning av kvalitén av vetenskapliga artiklar enligt Polit, m fl, 2001.

Vi har, vid kvalitetsbedömningen, följt följande modell för vad en korrekt vetenskaplig artikel bör innehålla:

- ? *Abstract:* En kort beskrivning av studien i början av artikeln som ska ge en överblick av innehållet. Ska bl a innehålla frågeställningar, val av metod samt resultat.
- ? *Introduktion:* Ska sätta läsaren in i problemet genom att beskriva ämnets bakgrund. Syften och frågeställningar bör framgå här.
- ? *Metod:* Ska beskriva forskarens exakta tillvägagångssätt för att lösa problemet och besvara frågeställningarna, dvs. data- och analysbearbetningsmetoder ska framgå. Etiska aspekter bör ingå, liksom studiens design.
- ? *Resultat:* Här ska studiens resultat presenteras, dvs. det resultat man fått fram när man analyserat data. I kvantitativa studier ska även statistiska analyser presenteras, samt resultatets signifikans. I kvalitativa studier kan resultaten gärna presenteras under teman.
- ? *Diskussion:* Ska innehålla forskarens tolkningar och slutsatser om de resultat som framkommit i studien och dess framtida värde för tex. vården, samt hur den nya kunskapen vida kan användas för att ytterligare höjas. Här bör även studiens metodiska styrkor och svagheter tas upp och diskuteras.
- ? *Referenser:* Studien ska innehålla en tydlig och aktuell referens förteckning med hänvisning till de artiklar, litteratur och dyl. som används i studien.

Kvalitén har bedömts efter antalet uppfyllda kriterier enl ovan.

Samtliga = Hög

De flesta = Medelhög

Få = Låg

\*Närmare granskning av artiklarna i den här studien återfinns i bilaga nr1.

Tabell 2. Presentation av artiklarna som ingått i studien.

Nr	Författare	Titel	Kvalitet
1	Beekman, A.T.F et al (2003)	Dysthymia in later life: a study in the community	Hög
2	Landi, F et al (2004)	Pain and Its Relation to Depressive Symtoms in Frail Old People Living in the community: An Observational Study.	Medelhög
3	Dysvik, E et al (2004)	Coping with cronic pain.	Medelhög
4	Yun-Fang T et al (2005)	Depressive symptoms, pain experiences and pain management strategies among residents of Taiwanese public elder care homes.	Medelhög
5	Traynor, V (2005)	Understanding the lives of older women.	Medelhög
6	Tornstam, L (1997)	Gerotranscendence: The Contemplative Dimension of Aging.	Medelhög
7	Vinkers, D.J et al (2004)	Temporal relation between depression and cognitive impairment in old age: prospective population based study.	Medelhög
8	Haverkamp, R et al (2004)	Problem- Solving Treatment for Complicated Depression in Late Life: A Case Study in Primary Care.	Låg
9	Jongenelis, K et al (2004)	Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study.	Hög
10	Adamson, J.A et al (2005)	Are Older People Dying of Depression? Findings from the Medical Research Council Trial of the Assessment and Management of Older People in the Community.	Medelhög
11	Frazer, C.J et al (2005)	Effectiveness of treatments for depression in older people.	Medelhög

## RESULTAT

Vi har redovisat vårt resultat utifrån våra tre frågeställningar.

### Hur kan depression yttra sig hos äldre?

Dystymi kan vara ett förstadium till depression. Det kan även vara ett restsymtom efter en djup depression, men även en karaktärologisk depression. Detta framkommer i Beekman m fl (2003) kvalitativa långtidsstudie där man försökte fastställa prevalens, symtomprofiler, riskfaktorer och prognoser för dystymi. Man fann även att det fanns få skillnader mellan symtomprofilerna på dystymi och djup depression.

De enda skillnaderna som var statistiskt signifikanta, var att prevalensen för *vikt-nedgång* var högre hos dem som var djupt deprimerade samt att prevalensen för *dödsönskan* var högre hos dem som led av dystymi. Studien visar att *nedstämdhet* ofta förekommer innan en djup depression, men senare flätas samman med depressionen.

### *Självvald ensamhet – ej att förväxla med depression.*

Viktigt är, enligt Tornstam (1997), att inte förväxla symtom som liknar nedstämdhet med något som faktiskt kan vara en naturlig process i åldrandet, dvs gerotran-

cendens, som enligt författaren leder till större mognad. I sin studie tittar han närmare på detta fenomen genom att intervjua 50 personer mellan 52 och 97 års ålder. Behovet av en självvald ensamhet, som lätt kan misstas för tillbakadragenhet eller nedstämdhet, framkom mycket tydligt. Detta behov av ensamhet var inte lika med långtråkighet eller att man var oengagerad, utan det var en naturlig fas i utvecklingen. Det framkom även att man hade ett minskat behov av socialt liv under denna fas. Detta kan, ur ett traditionellt samhällsperspektiv, tolkas som en del av en social nedbrytning. Enligt personerna som intervjuades, var meningen med detta beteende helt annorlunda – det var en del i en positiv utveckling.

### *Smärtekänslan ökar.*

Yun-Fang m fl (2005) menar att smärta är ett viktigt tecken på depression. Deras studieresultat visar på en signifikant högre förekomst av smärta hos äldre personer med depression (59.2 %), jämfört med icke deprimerade (43.1 %). Detta stöds helt av Jongenelis m fl (2004) vars studie ytterligare styrker smärta som ett symptom på depression.

### **Vilka är riskfaktorerna för äldre att utveckla depression?**

Jongenelis m fl (2004) visar i sin undersökning av prevalens och riskfaktorer för depression bland äldre som bor på äldreboenden, att prevalensen för djup depression var 8,1 %, lätt depression 14,1 % samt 24 % för subklinisk depression. Dvs ca 46 % av de undersökta (n=333) personerna uppvisade depressiva symptom eller utvecklad depression, vilket enligt författaren innebär tre till fyra gånger högre prevalens än för de äldre i övriga boendeformer i samhället.

Andra signifikanta riskfaktorer för depression som påvisades i studien var smärta, funktionshinder, synskador, stroke, ensamhet, brist på socialt stöd samt inadekvat vård. För subklinisk depression, fann man att signifikanta riskfaktorerna var de samma, förutom brist på socialt stöd.

Vid denna studie visade resultatet att det inte fanns några skillnader i kognitiv funktion mellan personer med eller utan depression, oavsett definitionssätt.

Vinkers m fl (2004), å andra sidan, hävdar bestämt i sin studie, att det finns ett signifikant samband ( $P < 0,001$ ) mellan just depression och kognitiva skador. Deras prospektiva, populationsbaserade studie med fyra års uppföljning, ägde rum i staden Leiden i Holland. Deltagarna i studien bestod av 500 av stadens 85-åriga invånare.

Enligt Adamson m fl (2005) kan de flesta av de observerade sambanden mellan depression och dödlighet förklaras av sjuklighet, oförmåga och livsstilsfaktorer. I studien från Storbritannien (n=13097), vars syfte var att undersöka sambanden mellan depressiva symptom och mortalitet hos äldre, framkom att mortaliteten var förhöjd hos dem med depressiva symptom.ö

Att smärta är en signifikant riskfaktor för att drabbas av depression, stöds av Landi m fl (2004) som i sin observationsstudie undersökte prevalensen av smärta och sambandet mellan smärta och depressiva symptom i ett representativt urval av äldre personer i samhället. I resultatet framkom att 40 % (n=5372) hade smärtor dagligen och att personer med smärta har signifikant i större utsträckning depression.



## **Vad kan sjuksköterskan göra för att minska lidande och skapa god vård?**

### *Psykoterapi som hjälp.*

I en kvalitativ fallstudie gällande en 60-årig gift kvinna, som när studien gjordes behandlades med antidepressiv medicin, beskriver Haverkamp m fl (2004) användandet av problemlösande behandling för personer med djup depression. De påvisar även möjligheten och nyttan med att kombinera antidepressiva läkemedel med problemlösande psykoterapi.

Kvinnan fick börja med psykoterapeutisk behandling vid studiens början. Då fick hon lära sig att identifiera sina problem. Det framkom då att depressionen grundade sig i dålig självkänsla och känslan att bli utstött av andra. När kvinnan kände sig utstött straffade hon sig själv genom att skada sig själv genom t ex att slå sig själv.

Kvinnan fick även lära sig att använda sig av beteendedistrahering, som t ex att städa huset eller gymnastisera istället för att straffa sig själv. Vid studiens slut, efter 57 veckor, kunde en signifikant förbättring påvisas.

### *Anpassar man sig dåligt till äldre livet på grund av depression?*

I artikeln "Understanding the lives of older women" gjorde författaren V. Traynor (2005) en studie på två dagcenter för äldre i Edinburgh. Syftet med studien var att förstå varför vissa kvinnor klarar att anpassa sig till livet som äldre, medan andra under liknande omständigheter blir överväldigade och ej kan uppskatta åldrandet. Kvinnor, 60-89 år, som deltog i aktiviteter såsom yoga, dans och målning och kvinnor som tog emot dagvård observerades. Elva kvinnor deltog i djupgående intervjuer om sina upplevelser av att åldras och vilka faktorer som påverkade dem i anpassningen till livet som äldre.

Resultatet visade att hur pass bra man anpassar sig till livet som äldre var beroende av vilka omständigheter man befann sig under. Bland aspekterna som påverkade anpassningen negativt, fann man en som var högt signifikant. Det var när man beskrev sig ha depressiva symtom. De aspekter som visa på signifikant positiv anpassning att vidmakthålla närhet och kontakt med familj och vänner samt att klara av de förändringar som åldrandet innebär.

Författaren menar att sjuksköterskor bör ta sig mer tid för att lyssna på äldre patienter för att identifiera eventuella behov av psykologiskt stöd, eller behov av stöd i allmänhet.

### *Viktigt att sjuksköterskan är uppmärksam.*

Dysvik m fl (2004) gjorde en studie om de huvudsakliga påfrestningarna bland personer som lider av kronisk smärta. Man undersökte också olika medicinska variablers roll, samt psykologiska variablers roll, som t ex depression och självkänsla, för att kunna förutspå hur de som lider av kronisk smärta handskas med eller anpassar sig till detta. De 88 deltagarna i undersökningen ingick i ett smärthanteringsprogram i Norge. Resultatet visade att de mest förekommande påfrestningarna var relaterade till familjelivet och sociala aktiviteter och att dålig självkänsla hade samband med sämre prognos, liksom depression i samband med kronisk smärta.

Hur man såg på smärta hade också stor betydelse. De som såg smärtan som ett hot hade sämre prognos, medan de som kunde utmana den genom problemfokuserade

lösningar, hade bättre förutsättningar. Betydelsen av psykologiskt stöd var viktigt för hur man klarade av att hantera kronisk smärta.

Landi m fl (2004) betonar vikten av att behandla både smärtan och depressionen för att få bästa effekt. Enligt författarna är både smärttillstånd och depressionstillstånd bland äldre ofta underbehandlade och inte sällan odiagnostiserade.

Vinkers m fl (2004) menar i en prospektiv studie att vårdpersonal måste vara uppmärksamma på risken för utveckling av depression vid kognitiva besvär. Deras studie visade nämligen att deltagarnas depressiva symtom och kognitiva besvär hade ett högst signifikant samband. Båda besvären ger konsekvenser som minskad livskvalitet och hög dödlighet. 500 personer, 85 år gamla, besöktes varje år mellan 85 och 89 års ålder för intervjuer i hemmet. 298 personer fullföljde studien. Det framkom att risken för depression ökade när kognitiva besvär fanns i botten.

### *Samtliga åtgärder gav positiva effekter.*

Frazer m fl (2005) har gjort en systematisk översiktsstudie för att få en översikt över möjliga behandlingar av depression hos äldre. Personer som var 60 år och äldre fick genomgå olika behandlingar som ansågs ha god effekt på depression. Behandlingarna delades in i tre grupper: Medicinska, psykologiska och livsstilsförändringar. De som hade bäst resultat i den här studien var bl a de som var medicinska i form av antidepressiv behandling, de psykologiska i form av kognitiv beteendeterapi och psykodynamisk psykoterapi, problemlösande behandling och motion.

Det visade sig också att det är osäkert med effektiviteten av vissa andra behandlingsformer som ljusterapi.

## **DISKUSSION**

Vi har valt att dela in vår diskussion i två delar, en metoddiskussion och en resultatdiskussion. I metoddiskussionen diskuterar vi hur vi gått till väga i vår metod samt problematiken runt detta. I resultatdiskussionen diskuteras de många bakgrundsfaktorerna kopplade till resultatet och våra teoretiska referensramar, KASAM (Antonovsky, 1991) och Carnevali, (1999).

### **Metoddiskussion**

Depression är ett brett ämne, vilket gjorde att det fanns alldeles för mycket information och det blev svårt att avgränsa arbetet. Dessutom fann vi många intressanta artiklar som tyvärr ej kunde bedömas hålla vetenskaplig standard enligt vår granskningsmall efter Polit m fl, (2001). Andra artiklar bedömdes ha för specialistinriktad vinkling. Ett annat problem var att det fanns mycket skrivet om depression i stort, men mindre när det gällde studier som undersökte symptomprofilerna. Visst nämnde man symtomen, men man studerade dem inte. De flesta studier behandlade riskfaktorer, prevalens (oftast i närvaro av andra sjukdomar) samt behandlingar. Mängden symtom/yttringar blev därefter. Trots detta valde vi att inte beställa artiklar pga tidsbrist. Vi började att söka efter artiklar som var högst fem år gamla, men tvingades snart utöka sökandet till tio år gamla, just pga jakten på studier av symtom. Vi använde följande sökord i kombination med varandra:

Depression, Symptoms, Risk factors, Nursing, Treatments, Elderly, Signs, Depressive disorder, Helplessness learned, Geriatric och Tornstam. Så här i efterhand skulle vi kanske ha använt fler sökord eller sökkombinationer för att förfina urvalet av relevanta artiklar. Kanske skulle vi även ha utvidgat vårt sökområde till fler databaser. Vi tyckte dock att vi ofta hittade samma artiklar på de olika databaserna när vi sökte med samma sökord.

Trots att vi sökte studier med ett urval i åldersgruppen 65 år +, hände det att vi kom över en studie där urvalet var i åldersgruppen 18 till 67 år. Vi beslöt att inkludera den trots allt då vi tyckte att resultaten var relevanta även för den äldre åldersgruppen.

Vi har även hittat en del artiklar som vi har valt att ha med i vårt arbete trots att de inte har varit tillräckligt relevanta för själva studien. Dessa har använts i bakgrundsmaterialet då vi har funnit informationen viktig även om inte studien i sig svarade på våra frågor.

## **Resultatdiskussion**

### *Depression – en folksjukdom.*

Trots att depressioner är ett välkänt fenomen är det få som känner till dess verkliga omfattning och uttryckstecken. Depression är den snabbast ökande folksjukdomen i världen enligt WHO.( SBU-rapport 166, 2004 ). Vi har funnit att studierna i ämnet är många, om än med många varierande och ofta diffusa resultat. Många av artiklarna vi använt i vår studie var av kvantitativ metod. Flera av dessa innehöll så många mätverktyg, att både metod- och resultatdelarna blev besvärliga att läsa och förstå.

Det användes en otrolig mängd av olika skalor som var mycket svåra att jämföra. Detta kan tänkas påverka de olika studiernas resultat i jämförelse med varandra. Det som också kan påverka resultaten i vår studie är att så gott som samtliga personer, som ingått i de studier som vi använt oss av, är i hög ålder. Det kan av ålders skäl/sjukdom vara svårt för många äldre att uttrycka sina tankar. Många känner kanske inte heller att dom vill anförtro sina känslor för någon helt främmande person som ska intervjua dem. Det finns också de som tycker att det är skamfullt med psykiska sjukdomar så att man inte gärna vill kännas vid dem. Det kan ju också vara en anledning att inte vilja delta i studier.

Syftet med vår studie är att få mer kunskap och ökad förståelse för patientens situation vid depression, samt att ta reda på vad som finns dokumenterat i ämnet. Vi ville undersöka hur depressioner kan yttra sig hos äldre och vilka riskfaktorerna är för denna grupp att utveckla sjukdomen. Genom detta arbete vill vi få både sjuksköterskor och övrig vårdpersonal att verkligen tänka till och bemöda sig om att verkligen se hela människan vid möten med våra patienter. På så sätt kan vi kanske upptäcka den här formen av resurskrävande ohälsa som medför ett onödigt lidande för de drabbade samt onödiga kostnader för samhället, vilket i längden är en förkastlig ekvation.

### *Hur yttrar sig depression hos äldre?*

Enligt Beekman m fl, (2003) kan dystymi vara ett tecken på en begynnande depression eller rent av en utvecklad sådan. Den främsta skillnaden verkar vara att dystymi är ofta mer långvarigt och att den drabbade ofta är avledbar i sin sinnestämning.

Att viktnedgång också är ett viktigt symptom vid djup depression är kanske inte så märkligt med tanke på att man vid sjukdomen tappar intresset för det mesta och inte orkar ta sig för någonting, inte ens att äta. Här är det viktigt att stödja och vägleda patienten för att undvika undernäring och försämrat allmäntillstånd. Det betyder att vi som sjuksköterskor måste vara observanta på minsta tecken på förändringar. Alla tillstånd som liknar depression i sina yttringar måste ju inte i själva verket vara just depression.

Andra typiska symptom kan vara sömnrubbningar, magont, apati, minskad sexuell lust, ångest samt att man flyr all social samvaro. Känslan av att vara mindervärdig, orkeslös och oduglig tar över ens liv. Vännerna försvinner efterhand och man får då "bekräftat" hur tråkig och värdelös man är. När det blir så här, rubbas balansen mellan DL och FH (Carnevali, 1999) och hela ens liv påverkas negativt.

Tornstam (1997) varnar dock för att dra för snabba slutsatser av detta. Han menar att då äldre väljer att dra sig undan social samvaro, kan det vara ett tecken på en naturlig process i åldrandet, d v s gerotranscendence. Detta är en naturlig process i åldrandet som leder till större mognad. Denna process anses ske kontinuerligt under hela livet och sker olika snabbt hos olika personer. Det här behovet av en begrundandet positiv ensamhet kan lätt misstolkas för en nedstämdhet. Under denna fas brukar det märkas ett minskat behov av socialt liv. ( a a ) Tanken är mycket intressant tycker vi. Fast vi undrar lite över urvalet i Tornstams studie, då endast de som var närvarande under föreläsningen samt kände igen sig i beskrivningen av situationer med självförsjunkhet deltog. Fast visst kan det vara så att äldre har ett behov av självbegrundande och att detta kan vara en form av utveckling i sig.

Symtomen på depression kan uppenbarligen vara många och högst varierande, trots detta tycker vi att det är märkligt att så få av dem är beskriva i de studier vi undersökt. Där har man uppenbarligen fokuserat på riskfaktorer, smärtproblematik samt sambanden mellan depression och andra somatiska sjukdomar som t ex cancer eller stroke. Vi tycker att det är lite synd, då sjukdomens art är just av den typen att den kan visa sig i många, vilt skilda skepnader. Det gör den lätt att förbise för den som inte är tillräckligt observant och välinformerad.

Vi skulle önska att man i studierna varit mer konsekvent när det gäller tillvägagångssätt och vid användningen av diagnostiska instrument samt andra mätverktyg. Det är mycket svårt att göra riktigt rättvisa jämförelser mellan olika studier då man använder sig av så många olika mätverktyg. Vi saknar studier där man använt sig av samma metoder på ett större urval. Det hade lett till större trovärdighet och därmed mer jämförbara resultat. Som det är nu har vi fått tag i studier med helt motsägande resultat. Den ena artikelns resultat, ( Jongenelis m fl, 2004), visade t ex att kognitiva besvär hade inget samband med depression, medan en annan visade på klara samband mellan dessa. (Vinkers m fl, 2004). Den tidigare hade för-

stås exkluderat de i urvalet som hade svårare kognitiva besvär, vilket naturligtvis måste ha påverkat resultatet. Vi tror att dessa resultat till stor del beror på vad man fokuserat på i sin studie. Frågar man efter de kognitiva skadornas betydelse så utesluter man ju inte dessa patienter, medan om man kommer fram till det mer som ett bifynd så är urvalet kanske mer allmängiltigt. Alltså kan vinklingen av studien starkt påverka urvalet som i sin tur påverkar resultaten. Hade man åtminstone använt sig av samma metoder/verktyg så hade resultaten varit mer trovärdiga.

Yun-Feng m fl, (2005) betonar att smärta är en viktig yttring av depression. I hans studie framkommer i resultatet att deprimerade ofta lider av smärtor vilket styrker tidigare nämnda studier. Det kan dock vara svårt att skilja på vad som är orsak och verkan när det gäller smärta.

### *Balansen mellan dagligt liv och funktionell förmåga – avgörande för livskvalitén?*

Enligt Carnevali (1999) är balansen mellan dagligt liv och funktionell förmåga avgörande för individens livskvalitet. Balansen nås då man kan uppnå en tillfredsställande jämvikt mellan det dagliga livets krav och de inre och yttre resurser man har tillgängliga. Sjuksköterskans uppgift är bla att observera och notera nya eller förändrade symtom hos sina patienter( a a ). I enighet med ovanstående teori har vi resonerat kring vilka riskfaktorerna är för äldre att drabbas av depression. Vi har med hjälp av vårt resultat funnit samband som stöder Carnevalis teori.

Jongenelis m fl, ( 2004 ) visar i sin studie att bla smärta, funktionshinder, synskador, stroke, ensamhet och brist på socialt stöd är signifikanta riskfaktorer för att utveckla depression hos äldre( a a ). Detta är ju typiska situationer då balansen mellan kraven i det dagliga livet inte kan balanseras mot de yttre och inre resurserna.

En äldre person som tidigare varit frisk kan i och med en sjukdom helt få förändrade livsvillkor. Att leva med kronisk smärta kan t ex leda till att man på grund av sin ständiga värk inte orkar att vara social. Ständig värk kan dessutom leda till sömnbrist, som i sin tur leder till irritabilitet och nedstämdhet.(egna reflektioner) Enligt Beekman m fl, (2003) är ofta dystymi, så kallat sjuklig nedstämdhet, ett förstadium till en djupare depression.

Även Landi m fl,( 2004) beskriver smärta som en viktig riskfaktor vid depression. 40 % av deltagarna i deras studie led av daglig smärta. Mår man inte bra i kroppen mår man sällan bra i själen heller, då dessa enl. Carnevali är intimt förknippade. Man kan ju också tänka sig att det skulle kunna vara tvärtom. Smärtan kunde ju vara en produkt av depressionen. Ständig oro och sömnstörningar, dålig aptit och känslor av hopplöshet och ångest borde rimligen kunna uttrycka sig somatiskt i form av t ex magsmärtor och allmän värk i kroppen. ( egna reflektioner)

Som vi tidigare nämnt hävdar Vinkers m fl, (2004), till skillnad från Jongenelis m fl, (2004) att kognitiva skador har ett signifikant samband med depression hos äldre. Vid en närmare titt på Jongenelis urval visar det sig att ett mycket stort antal deltagare föll ur studien under dess gång. Orsakerna visade bla på ålder, kommunikationssvårigheter eller ovilligheter att delta. Vi menar att just de personerna är de som mest troligen skulle kunna lida av kognitiva skador. Kanske är det detta som påverkat Jongenelis m fl, (2004) resultat?

Det är känt att hjärnans kemiska signalsystem påverkas vid depression. Det styr bla känslolivet, tankeverksamheten och initiativförmågan. Även detta har ju en hel del med ålder att göra. Ju äldre man är desto mer ökar risken för t ex kärlskadorna i hjärnan, som i sin tur kan öka risken för depression (Infomedicas hemsida).

Att depression är ett allvarligt hot mot hälsan och balansen i det dagliga livet, styrks av Adamson m fl, (2005) som i sin studie visar att det är 27 % större risk att dö i depression bland de som uppvisar minst sex symtom på GDS - 15 skalan (Geriatric depressive Symptoms – 15 item ( Sheikh and Yesavage, genom Van Itallie, T.B, 2005).

Antalet självmord är högt bland äldre personer och depressioner anses vara den vanligaste orsaken till detta. Sjukdomen leder till, som tidigare sagts, sämre livskvalitet, ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar, ökad sjukvårdskonsumtion samt ökad dödlighet ( Marcusson m fl, 2003).

Depression är en sjukdom där det kan vara svårt att skilja på vad som är orsak och verkan. Man kan t ex av en långvarig smärta utveckla depression, liksom tvärtom, utveckla smärtekänslor av sin depressionssjukdom. Detta gör det ännu viktigare att vi har tillräcklig kunskap för att kunna skilja på detta.

#### *Sjuksköterskans roll*

Enligt Antonovskys ( 1991 ) antagande har man lättare för att klara av svåra situationer om man har en hög känsla av sammanhang - KASAM. Med detta menas att man förstår vad som sker och varför, och om man tycker sig ha resurser att klara av situationen eller inte. Att vara engagerad och att tycka att det man gör är meningsfullt är också viktigt. Sammantaget ger detta en känsla av sammanhang.

#### *Viktigt att lyssna*

Sjuksköterskan har en stor uppgift i att ta sig tid att lyssna på patienten för att kunna upptäcka om det finns behov för psykologiskt stöd. Denna slutsats drar författaren Traynor, (2005) i sin studie. Detta är dock inte så lätt i dagen äldre vård med ständiga besparingar, indragningar och flera uppgifter för vårdpersonalen som blir allt färre. Det ska ju även hinnas städas och tvättas kläder numera. Tyvärr är det de äldre som kommer i kläm.

#### *Hög förekomst på äldreboende*

Jongenelis m fl, (2004) studie pekar på en mycket hög förekomst av depression bland pensionärer på äldreboende. Riskindikatorerna visade sig vara ålder, smärta, synnedsättning, ensamhet, brist på socialt stöd och adekvat vård. Det är av stor vikt att stödja patienten för att stärka dennes självkänsla så att hon/han får möjlighet att utnyttja sina resurser för problem fokuserad coping, anser Dysvik m fl, (2004). Patienten får det lättare att hantera sin situation om hon har en känsla av sammanhang. Något som vi funderat på är om det är själva boendeformen som är orsaken till den höga frekvensen av depressioner eller om det kan vara så att många som bor på äldreboenden redan innan de flyttat in varit deprimerade pga t ex ensamhet, olika förluster, sjukdom osv. Det kan som sagt vara svårt att skilja på orsak och verkan här då orsaken till depressioner kan vara komplexa.

I en fallstudie observerade Haverklamp m fl, (2004) en kvinna som medicinerade med anti-depressiva läkemedel samtidigt som hon gick i problemlösande terapi.

Även om detta hade god effekt anser vi att det är svårt att bedöma effekten av studien då endast en person deltog i studien. Metoden stöds dock av Frazer m fl, (2005) då effekten av denna metod visade goda resultat i en översikts studie av densamme.

### *Dystymi eller depression?*

Något som gör det svårt att avgöra om en äldre person verkligen lider av dystymi eller depression är just tillförlitligheten på testresultaten vid diagnostik. Många gamla kanske svarar i enighet med vad de tror att det förväntas av dem att svara, andra kanske är så dåliga att de inte riktigt har ork att försöka förstå test frågorna, men svarar ändå. Dålig syn och hörsel samt kognitiva besvär kan också ge vilseledande svar. Många kanske inte orkar försöka att förstå, eller skäms för sina brister.

### *Vanligt med feldiagnoser bland äldre*

Enligt Marcusson m fl ( 2003) var under 20% av de deprimerade under specifik behandling trots att just den här gruppen är de som har högst förbrukning av psykofarmaka. Detta tyder på att man ofta fel diagnostiserar just äldre. När en gammal person klagar över somatiska besvär, sömnsvårigheter och liknande är det lätt att de bli hemskickade med en burk sömn tabletter eller lugnande utan att en ordentlig utredning görs. Man skyller gärna på att de här besvären hör åldrandet till, vilket inte är riktigt sant.

### *Slutsatser*

Vi kan inte nog poängtera vikten av att ha ett holistiskt synsätt, det vill säga att man verkligen ser hela människan när man möter patienten, och inte bara symtomet. Det talas mycket om detta, men i samhället i dag är det inte så. Människor som söker sig till primärvården har kanske psykiska besvär, men läkare och övrig vårdpersonal letar oftast bara efter fysiska åkommor. Inom psykiatrin koncentrerar man sig på det psykiska och somatiska sjukdomar kan därför tyvärr lätt missas. Man ser alltså ofta bara det man vill se, eller man finner ofta bara det man letar efter. Sjuksköterskans kanske allra viktigaste uppgift här är att verkligen se hela människan för att kunna uppmärksamma de tidiga tecknen på en depression.

Man måste kunna förutsätta ett samband, då kropp och själ faktiskt hör ihop. Detta kan få allvarliga följder för patienten, det kan till och med bli en fråga om liv och död. Vi anser därför att ett bättre samarbete mellan somatisk och psykiatrisk vård är nödvändigt för att undvika onödigt lidande.

## REFERENSER

- Adamson, JA et al (2005) *Are older people dying of depression? Findings from the medical research council trial of the assessment and management of older people in the community. Journal of American Geriatric Society, 53, 1128-1132.*
- Antonovsky, A (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Beekman, A.T.F et al (2003) *Dysthymia in later life: a study in the community. Journal of Affective disorders. 81. 191-199.*
- Carnevali, D (1999) *Handbok i omvårdnadsdiagnostik*. Stockholm: Liber AB
- Cullberg, J (2001) *Dynamisk psykiatri i teori och praktik*. Stockholm: Natur och Kultur
- Depression, en vägledning för patienter och anhöriga*. Solna: Smith Kline Beecham.
- Deprimerad, gång på gång* (2003) Täby: Pfizer AB
- Dysvik, E et al (2005) *Coping with chronic pain. International Journal of Nursing Studies, 42, 297-305.*
- Frazer, CJ et al (2005) *Effectiveness of treatments for depression in older people. The Medical Journal of Australia, 182, 627-632.*
- Gulmann, N. C (2003) *Gerontopsykiatri*. Lund : Studentlitteratur.
- Haverkamp, R et al (2004) *Problem solving treatment for complicated depression in late life: A case study in primary care. Perspectives in Psychiatric Care, 40, 45-52.*
- Henkel, V et al (2004) Use of brief depression screening tools in primary care: consideration of heterogeneity in performance in different patients groups. *General Hospital Psychiatry 26 (2004) 190-198*
- Herlovson, J & Landqvist, M (1998) *Mini – D IV diagnostiska kriterier enligt DSM – IV*. Danderyd, Pilgrim Press
- Jansson, A et al (2005) *Etiska dilemman i vården, Hur skulle du ha gjort?* Stockholm: Förlagshuset Gothia AB
- Jongenelis, K et al (2004) *Prevalence and risk factors of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. Journal of Affective Disorders. 83, 135-142.*
- Klang Söderkvist, B (2001) *Patientundervisning* Lund: Studentlitteratur



Landi, F et al (2005) *Pain and its relation to depressive symptoms in frail older people living in the community: An observation study. Journal of Pain and Symptom Management*, 29, 255-262.

Marcusson, J et al (2003) *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*. Stockholm: Liber AB

Polit, DF et al (2001) *Nursing research, principles and methods*. Philadelphia: Lippincott

SBU-rapport 166 (2004) *Behandling av depression, frågor och svar*. Stockholm:SBU

Silfving, T (2004) *Depression, om konsten att hålla sig uppe*. Stockholm: Cura Bokförlag& utbildningsförlag AB

SOSFS 2005-105-1 *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, socialstyrelsens författnings samling*. Stockholm: Socialstyrelsen

Tanner, s & Ball, J (2003) *Att ta sig upp när man är nere*. Stockholm: Natur och Kultur

Tornstam, I (1997) *Gerotranscendence: The contemplative dimension of aging. Journal of Aging Studies*, 11, 143-154.

Traynor, v (2005) *Understanding the lines of older women. Nursing Standard*, 19, 41-48.

Van Itallie, T.B (2005) Subsyndromal depression in the elderly: underdiagnosed and undertreated. *Metabolism*, 54:39-44.

Vinkers, DJ et al (2004) *Temporal relation between depression and cognitive impairment in old age: prospective population based study. British Medical Journal*, 329, 881-884.

Wasserman, D (2003) *Depression en vanlig sjukdom*. Stockholm: Natur och Kultur

Infomedicas hemsida depression hos äldre, vad händer i kroppen?  
<http://www.infomedica.se/depression/>, 2005-11-23.

Yun - Fang, T et al (2005) *Depressive symptom, pain experiencess and pain managements strategies among residents of Taiwanese public elder care homes. Journal of Pain and Symptom management* 30: 63-69

## **BILAGOR**

Bilaga 1: Sammanfattning och granskning av artiklarna

Bilaga 2: Klassifikation enligt ICD-10.

Bilaga 3: Klassifikation enligt DSM- IV

Bilaga 4: Klassifikation enligt GDS-15

# BILAGA 1

## Sammanfattning och granskning av artiklarna

Artiklarna presenteras här i nummerordning enligt tidigare presentation.(se under metod)

Artikel 1.

*Titel:* Dysthymia in later life: a study in the community.

*Författare:* Beekman mfl, 2003

*Publication:* Journal of Affective Disorders 81(2004) 191-199

*Land:* Nederländerna

*Syfte:* Att fastställa prevalens, symtomprofiler, riskfaktorer och prognoser för dystymi och se sambanden mellan symtomprofiler, ålder, kön, riskfaktorer, prevalens och prognoser.

*Metod:* 10- årig longitudinell studie med 3056 slumpmässigt utvalda deltagare i åldern 55-85 år ur 11 kommun register i 3 regioner i Nederländerna som intervjuades. Samtliga screenades för depression. Alla som var positiva samt ungefär lika många som var negativa vid screeningen gick vidare för diagnostiska intervjuer. Det slutliga urvalet bestod av 646 personer med giltig data på både screeningen och den diagnostiska intervjun.

Därefter gjordes flera studier i studien där man fokuserade på olika variabler som tex. ålder, kön, prognoser osv. Uppföljningar gjordes både i form av intervjuer och doservationer, beroende på vilken variabel som studerades. Statistiska analysmetoder som används är p-värde och OR.

*Resultat:* Resultatet visade att det fanns nästan inga statistiskt signifikanta skillnader mellan symtomprofilerna på dystymi och djup depression. De enda var prevalensen av viktnedgång ( mer prevalent vid djup depression) samt av dödsönskan (mer prevalent vid dystymi).

Man fann också att prevalensen av dystymi var 4,61% och att den ökar med stigande ålder (  $P < 0,05$ ) och att den var högre bland kvinnor (  $P < 0,05$ ). Vidare fann man genom bivariata analyser att följande faktorer ej var associerade med dystymi: civilstånd (  $OR = 1,64$ ) storstadsbo samt kognitiva skador medan långvariga konflikter och allvarligt sjuk partner var det.

Resultatet visade även att dystymi hade ett samband med följande sjukdomar : kronisk lungsjukdom, reumatoid artrit men ej med hjärtsjukdomar, stroke, diabetes eller cancer. Resultatet pekar på att riskfaktorerna för dystymi inte styrs av nyligen stress-relaterade faktorer utan: snarare av miljön och brist på emotionell support samt av långtidsfaktorer av lidandet vid traumatiska händelser och av personlighetsfaktorer.

*Bedömning:* Bra och utförlig studie som i samtliga delar uppfyller kraven enligt Polit, mfl, 2001 för en vetenskaplig studie. Något som vi dock uppfattade som lite besvärligt var att studien var så stor och övergripande vilket ledde till att metoddelen blev väldigt detaljerad och svår att hålla isär för läsaren. Detta pga. att det gjordes flera ”studier i studien” där man gick till väga på olika sätt för att få fram resultaten.

Resultaten jämförs med andra liknande studier och god hänsyn har tagits till möjliga bias samt resultaten överensstämmer bra med syftet.

*Betyg:* Denna artikel bedöms ha hög kvalitet.

## Artikel 2.

*Titel:* Pain and its relation to depressive symptoms in frail old people living in the community: An observational study.

*Författare:* Landi, mfl (2004).

*Publication:* Journal of Pain and Symptom Management. 2005: 29:255- 262.

*Land:* Italien

*Syfte:* Studiens syfte är att beskriva prevalenser av smärta och att undersöka sambandet mellan smärta och depressiva symtom i ett representativt urval av sköra, äldre personer i samhället.

*Metod:* Studien utfördes i Italien, där man använde sig av en stor databas för ett nationellt Hemvårdsprogram som kallas Silver Network Home Care Project. Programmet innehöll mycket detaljerade uppgifter om de 5372 vårdtagarna, som ingick i det, rörande deras hälsotillstånd både psykiskt och fysiskt. (tex. medicinering, ADL osv). Vårdtagarna som ingick i urvalet (n=5372) var de som deltog hemvårdsprojektet åren 1998-2002. De kom från sammanlagt 12 olika hemvårdsagenturer som de var kopplade till. För att fastställa närvaron eller graden av smärta använde man sig av informationen i databasen, skattningsskalor för smärta, samt intervjuade och observerade deltagarna under sju dagar. Detta utfördes av ett professionellt team med bred kompetens. För att fastställa närvaron eller graden av depression använde man sig av kriterier liknande DSM-IV, samt koder som graderade deltagarnas stämningslägen på en skala från 0-9, där 9 kodar för lägsta stämningsläget. Dessa observationer utfördes av samma professionella team som fastställde smärt upplevelserna hos deltagarna.

*Resultat:* Resultatet visade att smärta, som dock inte var daglig, upplevdes av 15% av männen och 14% av kvinnorna i studien. 38% av männen och 42% av kvinnorna led av daglig smärta. Medelpoängen på depressionsskattningsskalan var signifikant lägre bland dem som inte hade smärtor än bland dem som hade smärtor (både dagligen och mer sällan). Samtliga av de depressiva symtom enligt skattningsskalan visade på signifikant samband med smärta, oberoende av varandra.

*Bedömning:* Abstractet är lättläst och fångar lätt läsarens intresse. Det är dock sämre ställt med beskrivningen av metoden här. I övrigt är resultatet och syftet väl beskrivna. Introduktionen är något kort men innehåller ändå det väsentliga enligt Polit mfl, 2001. Metoden är mycket otydlig och svår att följa. Man benämner bla. flera olika skattningsverktyg utan att tydliggöra innehållet, vilket får en att undra över dess sanna värde i studien. Det är svårt att få ett grepp om hur man gick till väga för att få fram resultaten. Saknar även etiska aspekter här. Resultaten är däremot tydligt beskrivna och lättförståeliga, enligt modellen.

Diskussionsdelen är bra. Man har tydligt presenterat sina resultat och diskuterat eventuella svagheter och begränsningar i studien. Här finns också jämförelser med flera andra studier som stödjer resultatet. I övrigt helt enligt kvalitetskriterierna.

*Betyg:* Denna artikel bedöms ha medelhög kvalitet, mest pga smärre brister i metodbeskrivningen.

### Artikel 3.

*Titel:* Coping with chronic pain..

*Författare/År:* Dysvik, E mfl. (2004).

*Publication:* International Journal of Nursing Studies 42 (2005) 297-305..

*Land:* Norge

*Syfte:*

- Att undersöka de huvudsakliga påfrestningarna hos folk som lider av kronisk smärta.
- Att undersöka medicinska variablers roll som: smärtintensitet och smärtlängd samt psykologiska variablers roll som: värderingar, depression och självkänsla för att kunna förutspå hur folk som lider av kronisk smärta hanterar detta.
- Att diskutera vikten av coping i rehabiliteringssammanhang.

*Metod:* Studieurvalet bestod av 88 personer som deltog i ett gruppbaserat smärthanteringsprogram. Inklusionskriterierna var : ålder mellan 18 och 67 år, kronisk icke-malign smärta, som varit i minst 6 månader, eventuella undersökningar eller behandlingar ska vara avklarade innan, motiverad att delta i ett aktivt rehabiliteringsprogram, samt får ej vara inblandad i processer som rör deras smärtproblematik.

Exklusionskriterier: lider av mental ohälsa/ sjukdom, i medicinsk kondition som kräver behandling. Samtliga deltagare fick genomgå en medicinsk värdering, samt intervjuades av en gruppleadare från behandlingshemmet. De fick också skriftliga instruktioner om att deltagandet var frivilligt. Studien godkändes av den regionala etiska kommittén och datainspektionen. Verktygen man använde sig av i metoden var WCCL-R ( The Ways of Coping Checklist- Reviderad) för att mäta coping och bestämma relationerna mellan stress, uppskattning, copingstrategier och anpassning. WCCL-R består bla. av en skala problemfokuserad coping (EFC) och en skala som behandlade social support. Deltagarna fick svara på en 4-poängs likertskala där de beskrev ” major stressor last week”. Deltagarna fick också fylla i en test som fastställer svårigheten av psykologiska och fysiologiska symtom. De fick beskriva hur ofta de upplever varje symtom på en 4-gradig likertskala från ”sällan eller aldrig” till ”frö det mesta”. Testet identifierar depression och nedstämdhet.

*Resultat:* De mest förekommande påfrestningarna var relaterade till familjelivet och sociala aktiviteter. De som hade förmåga att utmana smärtan, så kallat ” problemfokuserad coping” hade mycket bättre prognos för att kunna hantera smärtan än de som såg smärtan som ett hot, eller hade dålig självkänsla, dvs. ” emotionellt fokuserad coping”. Resultatet visade att depression har ett signifikant samband med smärtintensitet och hur man uppfattar smärtan.

*Bedömning:* Studiens syfte beskrivs lite vagt i dess abstract. Man får inget djupare grepp om studien här. I övrigt är studiens metod- och resultatdelar väl beskrivna. De många och olika mätverktygen i metoddelen gör den dock lite rörig och svår-förståelig. Diskussionen håller bra kvalitet. Här har man diskuterat studiens styrkor och svagheter med tanke på eventuella bias. Man har också jämfört sina resultat med andra liknande studier.

*Betyg:* Studien bedöms hålla medelhög kvalitet enligt kriterierna av Polit, mfl. (2001)

#### Artikel 4.

*Titel:* Depressive symptoms, pain experiences, and pain management strategies among residents of Taiwanese public elder care homes..

*Författare/År:* Yun-Fang T mfl. (2005).

*Publication:* Journal of Pain and Symptom Management. 30 (2005) 63-69.

*Land:* Taiwan

*Syfte:* Syftet är att upptäcka depressiva symtom, smärtupplevelser och egenvård vid smärta på statliga vårdhem för äldre i Taiwan.

*Metod:* 200 personer, 65 år och äldre, utan kognitiva skador, valdes slumpvis ut från två statliga vårdhem för äldre i Taiwan. Det var 100 stycken från varje vårdhem.

För att upptäcka depressiva symtom användes en kinesisk version av den korta varianten på Geriatric Depression Scale (GDS-15). The Brief Pain Inventory, den kinesiska versionen användes för att fastställa allmän smärta, lokalisering, intensitet samt hur smärtan påverkat det dagliga livet de senaste sju dagarna. Självskattning och semistrukturerade frågeformulär användes för att mäta smärta och smärt hanteringsstrategier. Ett täckande basfrågeformulär, rörande ålder, kön, utbildning, civilstånd och antal sjukdomar togs fram för denna studie.

*Resultat:* Resultatet visade att 49% hade depressiva symtom. Dessa hade en signifikant högre förekomst av smärta (59,2%) jämfört med de icke deprimerade (43,1%). Smärtan hos de deprimerade var mer intensiv oftare medelsvår till svår än smärtan hos de icke deprimerade.

Promenader var en vanligare smärthanteringsstrategi bland de deprimerade. Det visade sig att de flesta av deltagarna hade perioder av svåra smärtor. 60% tog receptbelagd smärtstillande medicin. Deltagarna som led av smärta använde sig ofta av egna smärthanteringsstrategier såsom t ex promenader, vila, smärtstillande salvor, massage och värmekuddar.

Med anledning av antalet begränsade vårdgivare rekommenderar författaren ökad kunskap om depressioner, smärta och smärthanteringsstrategier för både vårdpersonal och boende på vårdhem.

*Bedömning:* Denna studie är lättläst och lättöverskådlig. Abstractet ger en bra sammanfattning om artikelns innehåll. Syftet överensstämmer väl med resultatet.

Metoden är mycket väl beskriven och lättbegriplig. I övrigt uppfyller den samtliga kriterier för god kvalitet enligt Polit mfl, (2001).

*Betyg:* Denna studie bedöms vara av medelhög kvalitet.

#### Artikel 5.

*Titel:* Understanding the lives of older women.

*Författare/År:* Traynor, V (2005)

*Publication:* *Nursingstandard* 19:41-48

*Land:* Storbritannien.

*Syfte:* Att förstå vad det är som gör att vissa kvinnor klarar av att anpassa sig till livet som äldre, medan andra, under liknande omständigheter, ej kan klara av åldrandet.

*Metod:* Materialet samlades in på två dagcenter för äldre i Edinburgh. Deltagarna var kvinnor 60-89 år som deltog i aktiviteter och kvinnor som tog emot dagvård. Observationer gjordes i tio månader, tre mornar i veckan. Elva kvinnor deltog i djupgående intervjuer. Intervjuaren frågade kvinnorna om deras upplevelser av att åldras och vilka faktorer som påverkade deras sätt att anpassa sig i livet.

*Resultat:* Hur pass bra man anpassar sig till livet som äldre var oberoende av under vilka omständigheter man befann sig. Tre huvudkategorier fanns vara högt signifikanta aspekter på anpassning till livet som äldre hos deltagarna. Dessa var att man beskrev depressiva symtom, att man vidmakt höll närhet och kontakt med familj och vänner, och att man klarade av de förändringar som åldrandet innebär. Författaren understryker vikten av att vårdpersonalen ta sig tid att lyssna på äldre vårdtagare för att upptäcka om det finns behov för psykologiskt stöd.

*Bedömning:* Syftet överensstämmer med resultatet. I metoden nämns inte hur många personer som blivit observerade utan endast hur många som intervjuades. Oklart om det är samma personer som blev intervjuade, som också observerades. I övrigt är metoden väl beskriven och resultatet likaså. Artikeln är lättläst och lätt att förstå.

*Betyg:* Artikeln bedöms hålla medelhög kvalitet.

#### Artikel 6.

*Titel:* Gerotranscendence: The contemplative dimension of aging.

*Författare/År:* Tornstam, L (1997)

*Publication:* *Journal of aging studies* 11: 143- 154.

*Land:* Sverige

*Syfte:* Att titta närmare på några kvalitativa aspekter på Gerotranscendens - en syn på åldrandet som en utvecklingsprocess som leder till större mognad

*Metod:* 500 personer i åldrarna 52-97 år lyssnade på en föreläsning av en lektor om gerotranscendens. 50 av dessa kände igen fenomenet i sin egen personliga utveckling och ville deltaga i studien. Intervjuerna var en öppen konversation, intervjuaren försökte att leda samtalet så lite som möjligt.

*Resultat:* Behovet av ensamhet för begrundande framkom mycket tydligt. Detta behov var inte detsamma som långtråkighet eller om man var oengagerad, utan det var en naturlig fas i utvecklingen. Det framkom även att man hade ett minskat behov av socialt liv. Detta kan ur ett traditionellt perspektiv tolkas negativt, som att man var oengagerad eller som en del av en social nedbrytning. Enligt deltagarna i studien var meningen med detta beteende helt annorlunda, det var en del i positiv mening.

*Bedömning:* Denna kvalitativa intervju studie är lättläst och lätt att förstå. Upplägget är dock inte av det traditionella slaget - rubriken resultat finns ej med, men resultatet finns väl beskrivet i texten ändå. Citat av intervju svaren gör det lättare att förstå och studiens trovärdighet ökar ytterligare.

*Betyg:* Sammantaget håller artikeln en medelhög kvalitet enligt Polit mfl. (2001)

#### Artikel 7.

*Titel:* Temporal relation between depression and cognitive impairment in old age: prospective population based study.

*Författare/År:* Vinklers, DJ mfl. (2004).

*Publication:* British medicine journal 329: 881- 884.

*Land:* Nederländerna

*Syfte:* Att undersöka sambandet mellan depression och kognitiva skador hos äldre.

*Metod:* Samtliga 85 åriga invånare i staden Leiden tillfrågades om deltagande i studien. 500 st (87 %) var villiga att deltaga. Dessa intervjuades i hemmet en gång om året, från 85 till 98 års ålder. Vid analysen hade 298 st.(83 %) fullföljt studien.

*Resultat:* Deltagarnas depressiva symtom och kognitiva skador hade ett högst signifikant samband. Författaren understryker vikten av att vårdpersonal är uppmärksamma på utveckling av depression på personer med kognitiva skador.

*Bedömning:* I denna prospektiva studie stämmer syftet väl överens med resultatet. Metoden är väl beskriven, liksom resultatet. Tabellerna i resultatet är dock något svårbegripliga. Depressionerna i studien var ej diagnostiserade, vilket författaren också påpekar i diskussionen.

*Betyg:* Artikeln bedöms vara av medelhög kvalitet enligt Polit mfl. (2001)



## Artikel 8.

*Titel:* Problem solving treatment for complicated depression in late life: A case study.

*Författare/År:* Haverkamp, R m fl. (2004)

*Publication:* Perspectives in Psychiatric Care 40: 45-52 (2004)

*Land:* USA

*Syfte:* Att beskriva användningen av problemlösande behandling för personer med djup depression.

*Metod:* Fallstudie. Observation av en 60-årig kvinna som bla led av depression och behandlades med anti-depressiva läkemedel. Kvinnan fick börja med psykoterapeutisk behandling när studien började. Hon fick då lära sig att identifiera sina problem och att använda sig av beteendedistrahering när ångesten slog till.

*Resultatet:* Resultatet visar på möjligheten och nyttan med att kombinera anti-depressiva läkemedel med problemlösande psykoterapi vid kronisk depression. Vid studiens slut, efter 57 veckor, kunde en signifikant förbättring påvisas.

*Bedömning:* Syftet med studien stämmer väl överens med dess resultat. Då endast en person observerades är det mycket tveksamt om resultatet kan tolkas som generellt.

Rubrikerna metod och resultat saknas, men både metoden och resultaten är ändå beskrivna i studien. Upplevs något bristfällig.

*Betyg:* Den här studien håller låg kvalitet enligt Polit, m fl. (2001)

## Artikel 9.

*Titel:* Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study.

*Författare/År:* Jongenelis, K. m fl. (2004)

*Publication:* Journal of Affective Disorders 83: 135-142..

*Land:* Nederländerna

*Syfte:* Att undersöka prevalensen av depression, mätt med skattningsskalor och diagnostiska instrument, samt att identifiera risk indikatorer för depression bland personer som bor på äldreboende.

*Metod:* Studien är baserad på data från Amsterdam Groningen Elderly Depression (AGED) studies. Alla äldreboenden med vårdpersonal och medicinsk vård dygnet runt i Nord västra Nederländerna blev erbjudna att delta. Boenden för speciellt sjuka (tex. Huntington, reumatiska sjukdomar och liknande), religiösa boenden, samt boenden som var under stora omorganiseringar (som tex. renoveringar, omflyttningar och liknande) togs inte med i studien pga. risken för påverkan av de

boendes stämmningsläge. Slutligen deltog 333 äldreboende i studien. För att kunna delta, var de boende tvungna att vara minst 55 år, kunna förstå och göra sig förstådda på flamländska, samt ej ha svåra kognitiva skador. De som hade korta placeringar (< 6 mån.) fick heller inte ingå i studien. Alla deltagarna blev både muntligt och skriftligt informerade om vad studien innefattade och om vad det innebar att delta. Studien var etiskt prövad. Data samlades in mellan November -99 och Maj-00 av speciellt tränade intervjuare. Uppgifterna samlades in var bla: ålder, kön, socialstånd, utbildningsnivå, om personen hade kognitiva skador samt hur länge personen hade varit på boendet. Deltagarna fick också en enkät där de fick svara på frågor om eventuella sjukdomar eller hälsoproblem. Enkäten behandlade också ämnen som syn- och hörsel förmåga, smärta, funktionella begränsningar, ensamhet, socialt stöd, negativa livsupplevelser samt om de boende ansåg att de fick adekvat vård.

*Resultat:* Studien visade en mycket hög förekomst av depression bland boenden på äldreboenden. Prevalensen var 8,1 % för djup depression. 14,1 % för lätt depression samt 24 % för subklinisk depression. Signifikanta riskindikatorer för depressioner visade sig vara ålder, smärta, synnedsättning, stroke, funktionella begränsningar, negativa livsupplevelser, ensamhet, brist på socialt stöd ( gäller ej för subklinisk depression) samt adekvat vård.

*Bedömning:* Abstraktet ger en snabb överblick över studiens innehåll och resultatet.

Introduktionen beskriver ämnet och syftet på ett lätt begripligt sätt. Här nämns även tidigare forskning, relaterad till denna studie. Metoden är mycket utförlig och väl beskriven och etiska aspekter är medtagna. Resultatet är väldokumenterat och statistiska analyser presenterade, liksom resultatens signifikans.

*Betyg:* Denna studie bedöms hålla mycket hög kvalitet enligt Polit, m fl. (2001).

Artikel 10.

*Titel:* Are older people dying of depression? Findings from the medical research council trial of the assessment and management of older people in the community.

*Författare:* Adamson, J.A (2005).

*Publication:* Journal of American Geriatric Society 53: 1128-1132.

*Land:* U.K

*Syfte:* Att undersöka sambandet mellan depressionssymtom och dödlighet hos äldre personer.

*Metod:* Patienter, 75 år och äldre från 106 allmänna kliniker i England erbjöds att delta i studien. Patienterna fick fylla i skriftliga hälsodeklarationer, följt av en noggrann hälsoundersökning. Patienter med för stora hälsoproblem ansågs inte vara representativa för urvalet och exkluderades därför. 13097 patienter återstod. Depression mättes med hjälp av Geriatric Depression Scale( GDS 15) och somatiskt insjuknande och dödsfall rapporterades in under en fyraårsperiod.

*Resultat:* Vid studiens slut visade det sig att det var 27 % större risk för de som hade minst 6 symtom på depression att dö, jämfört med de som uppvisade färre depressiva symtom.

*Bedömning:* I denna prospektiva, longitudinella studie är metod och resultat noga beskrivet. Syftet överensstämmer med resultatet.

*Betyg:* Studien är av medelhög kvalitet enligt Polit, m fl. (2001).

## Artikel 11.

*Titel:* Effectiveness of treatments for depression in older people.

*Författare:* Frazer, C m fl. (2005)

*Publication:* The medical journal of Australia 182: 627-632.

*Land:* Australien

*Syfte:* Att skapa en systematisk översikt över bevisen på effekten av en mängd tänkbara behandlingsmetoder för depression hos äldre personer.

*Metod:* Litteratursökning i databaserna PubMed, Psychinfo och Cochrane Library Databases. Behandlingar som ansågs vara effektiva delades in i tre kategorier (medicinsk behandling, psykologisk behandling och livsstilsförändrande-/ alternativmedicinsk behandling). Behandlingsmetoderna beskrevs och översikt över deras effektivitet på personer över 60 år gjordes.

*Resultat:* De mest effektiva behandlingarna visade sig vara anti- depressiva läkemedel, Elektrokonvulsiv Terapi (ECT), kognitiv beteendeterapi, problemlösande terapi samt motion. Det fanns bevis på att bättre effekt kunde erhållas genom att kombinera vissa behandlingsmetoder med varandra.

*Bedömning:* I denna översiktsstudie stämmer syftet och resultatet väl överens. Metoden är väl beskriven och i resultatet presenteras effekterna av de olika behandlingarna på ett bra och tydligt sätt.

*Betyg:* Studien bedöms vara av medelhög kvalitet, enligt kriterierna för vetenskaplig standard, enl. Polit, m fl. (2001).

## **BILAGA 2**

### **Kriterier för depression enligt ICD-10**

- A.
  - 1. Sänkt stämningsläge
  - 2. Nedsatt lust eller intresse, nedsatt förmåga att glädja sig.
  - 3. Nedsatt energi, initiativlöshet eller trötthet.
  
- B.
  - 4. Mindervärdeskänsla
  - 5. Skuld känsla, självförebåelse.
  - 6. Koncentrations- och minnes besvär.
  - 7. Tankar om döden eller självmord.
  - 8. Rastlöshet, hämningar.
  - 9. Sömnstörningar.
  - 10. Förändrad vikt eller aptit.

11. Symtomen har varit minst 14 dagar.

- Lätt depression: A: 2 symtom och B: 2 symtom
  
- Medelsvår depression: A: 2 symtom och B: 4 symtom
  
- Svår depression: A: 3 symtom och B: 5 symtom

Vanliga symtom vid depression som inte framgår av ICD-10 kriterierna: Ångest, Irritabilitet, Ilska, Huvudvärk, Hypokondri, Smärttillstånd, Muskelkramper, yrsel, Nedsatt sexuell lust. (Gulmann, 2003 s.136)

## **BILAGA 3**

### **Kriterier för egentlig depression enligt DSM-IV**

Minst fem av följand symptom ska ha förekommit under en två veckors period. Minst ett av symptomen (1) nedstämdhet eller (2) minskat intresse eller glädje måste föreligga.

1. Nedstämdhet under större delen av dagen, så gott som dagligen.
2. Klart minskat intresse eller minskad glädje för så gott som alla aktiviteter under större delen av dagen så gott som dagligen
3. Betydande vikt uppgång eller viktnedgång eller minskad/ökad daglig aptit.
4. Sömnstörning
5. Psykomotorisk agitation eller hämning så gott som dagligen.
6. Svaghetskänsla eller brist på energi så gott som dagligen.
7. Känslor av värdelöshet eller överdrivna/ obefogade skuldkänslor nästan dagligen.
8. Minskad tanke/koncentrations förmåga eller obeslutsamhet så gott som dagligen.
9. Återkommande tankar på döden, återkommande självmords tankar, gjort självmords försök eller har planerat för självmord (Herlovson & Landqvist)

## **BILAGA 4**

### **Geriatric Depression Scale - short form (GDS-15)**

Are you basically satisfied with your life?	<b>Yes No</b>
Have you dropped many of your activities and interests?	<b>Yes No</b>
Do you feel that your life is empty?	<b>Yes No</b>
Do you often get bored?	<b>Yes No</b>
Are you in good spirits most of the time?	<b>Yes No</b>
Are you afraid that something bad is going to happen to you?	<b>Yes No</b>
Do you feel happy most of the time?	<b>Yes No</b>
Do you often feel helpless?	<b>Yes No</b>
Do you prefer to stay home, rather than going out and do new things?	<b>Yes No</b>
Do you feel like you have more problems with memory than most?	<b>Yes</b>
No	
Do you think it is wonderful to be alive now?	<b>Yes No</b>
Do you feel pretty worthless the way you are now?	<b>Yes No</b>
Do you feel full of energy?	<b>Yes No</b>
Do you feel your situation is hopeless?	<b>Yes No</b>
Do you think that most people are better of than you are?	<b>Yes No</b>

\* Varje svar i **fet stil** ger 1 poäng.

\* 0-5 poäng = normalt

\* 5 < poäng = depression

\* Denna skala är speciellt utformad för äldre.

Källa: Sheikh and Yesavage genom Van Itallie, 2005