

Örebro universitet
Institutionen för hälsovetenskap och medicin
Omvårdnadsvetenskap
Självständigt arbete, C-nivå, 15 högskolepoäng
Vårterminen 2012

Sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder bland äldre med depression

En litteraturstudie

Nursing interventions by the nurse among elderly with depression

A literature review

Författare:

Pernilla Karlsson

Sabrina Mebarki

Sammanfattning

Depression bland äldre är ett långvarigt och underbehandlat tillstånd. Sjuksköterskor kan möta en utmaning i att tillgodose behoven hos de äldre med depression då den äldre befolkningen ökar, vilket kommer att kräva särskild kompetens för att kunna utföra relevanta omvårdnadsåtgärder. Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder bland äldre med depression. Studien genomfördes med deskriptiv design. Systematiska sökningar och fritextsökningar genomfördes i databaserna Cinahl, PubMed och PsycINFO. Sökningarna kompletterades med en manuell sökning. Tio artiklar bearbetades genom kategorisering med inspiration från innehållsanalys. Omvårdnadsåtgärder som framträdde i resultatet var *samtal för att väcka minnen* i form av reminiscens, återberättelse och egenvärdesterapi. Framträdde gjorde även *stöd och undervisning* där sjuksköterskan bland annat gav information om depression och ingav hopp till förbättring samt fanns till hands för emotionellt stöd. Depression orsakar lidande och sjuksköterskan har ett ansvar i att bistå individen med att finna mening. *Samtal för att väcka minnen* samt *stöd och undervisning* kan hjälpa den äldre till att finna mening. Då individen finner mening kan förekomst av depressiva symptom minska. En personlig relation mellan individen och sjuksköterskan är en förutsättning för att individen ska kunna motiveras till att vara delaktig i omvårdnadsåtgärderna.

Nyckelord: Depression, omvårdnadsåtgärder, sjuksköterska och äldre.

Innehållsförteckning

Bakgrund	3
<i>Depression</i>	3
<i>Incidens och prevalens</i>	3
<i>Orsaksförhållanden och riskfaktorer</i>	3
<i>Historik</i>	3
<i>Diagnostik och behandling</i>	4
<i>Depression bland äldre</i>	4
<i>Omvårdnadsteori</i>	4
<i>Omvårdnad</i>	5
<i>Problemformulering</i>	5
Syfte	5
Metod	5
<i>Sökstrategi</i>	6
<i>Urval</i>	6
<i>Värdering</i>	7
<i>Bearbetning och dataanalys</i>	8
Resultat	8
<i>Samtal för att väcka minnen</i>	8
<i>Stöd och undervisning</i>	10
<i>Syntes</i>	12
Diskussion	12
<i>Metoddiskussion</i>	12
<i>Resultatdiskussion</i>	15
<i>Samtal för att väcka minnen</i>	15
<i>Stöd och undervisning</i>	16
<i>Lidande och hopp</i>	17
<i>Konklusion</i>	18
<i>Kliniska implikationer för förbättringsarbete</i>	18
<i>Förslag till fortsatt forskning</i>	19
Referenslista	20
Bilagor	
Bilaga 1: Sökmatrix	
Bilaga 2: Artikelmatrix	

Bakgrund

Depression

Depression innebär sänkt stämningsläge (Kristiansson, 2011). Egentlig depression är den vanligaste formen av depression och kan vara av lindrig, måttlig eller svår grad. Svårighetsgraden avgörs av hur mycket depressionen påverkar det dagliga livet (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2004a). Egentlig depression kännetecknas av nedstämdhet, ångest, hopplöshet, minskat intresse, aptitlöshet, sömnproblem, hämning av kroppsliga funktioner, värdelöshets- och skuld känslor samt tankar på döden, självmordsförsök eller självmord. Symptomen orsakar lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden (SBU, 1999). Bland både unga och äldre kännetecknas depression av försämringar och återfall. Depression kan öka smärta och funktionsnedsättning, förlångsamma återhämtning från kroppslig sjukdom eller operation, förvärra medicinska symptom samt öka risken för fysisk sjukdom och dödlighet, både med och utan koppling till självmord (Kurlowicz, 1997).

Incidens och prevalens

Mellan fyra och tio procent av den vuxna svenska befolkningen uppfyller kriterier för egentlig depression. Livstidsprevalens för depression föreligger i västerländer kring 17-18 procent, vilket innebär att ungefär var femte människa kommer att drabbas av en allvarlig depression (SBU, 2004b). Ungefär 121 miljoner människor världen över är drabbade av depression (World Health Organization [WHO], n.d.). I Sverige uppskattas 12-15 procent av befolkningen över 65 år ha en depression (Socialstyrelsen, 2012). Studier visar på att fler kvinnor än män har en depression (SBU, 2004b).

Orsaksförhållanden och riskfaktorer

Orsaken till depression innefattas av en genetisk och biologisk sårbarhet i samspel med psykologiska och psykosociala faktorer. Det saknas specifika biologiska förändringar som kan bidra till en diagnos (SBU, 1999, 2004b). Stress-sårbarhetsmodellen används ofta för att förklara orsakssamband. Denna modell utgår från att påfrestningar kan framkalla kris hos alla människor, men beroende på intensiteten av den framkallade stressen och människans sårbarhet, kommer krisen antingen behärskas och hållas tillbaka eller leda till sjukdom (Zubin & Spring, 1977). Depression kan uppstå för första gången under senare delen av livet eller vara en del av en långvarig affektiv eller emotionell sjukdom. När äldre individer har haft depression under längre tid verkar ärftlighet utgöra en betydande orsak. Möjliga psykosociala orsaker till depression bland äldre inkluderar bland annat stressfulla livshändelser (speciellt förluster), kronisk stress och dålig tro på egenvårdsförmåga (Kurlowicz, 1997). Riskfaktorer för depression hos äldre inkluderar kvinnligt kön, ogift individ (speciellt änka), stressfulla livshändelser och avsaknad av socialt stöd (SBU, 1999).

Historik

Emotioner utgör en viktig grund av det mänskliga psyket. Emotionen nedstämdhet innebär känsla av övergivenhet, förlust eller misslyckande. Uttryckande av sorg och förtvivlan väcker empati hos omgivningen. Depression ses av utvecklingsmodeller som en gynnsam reaktion för överlevnaden. Nedstämdhet och passivitet kan tidigare ha varit gynnsamt i en kultur där gruppssammanhållningen varit väldigt stark. Idag betonar den västerländska kulturen individen snarare än gruppen. Det innebär att den som är deprimerad kan uppfatta sig själv som en

börda för omgivningen och det är inte sällan omgivningen undviker umgänge med den som är deprimerad. Under 1960-talet uppkom ett starkare behov av att särskilja psykiatriska tillstånd då det visade sig att olika psykofarmaka hjälpte vid olika psykiska sjukdomar. Behovet av strategier för diagnostik tydliggjordes i början av 1970-talet, då en studie visade att psykiatriker diagnostiserat samma patienter med olika diagnoser (SBU, 2004b).

Diagnostik och behandling

Depressionssjukdomarna räknas diagnostiskt till gruppen förstämningssyndrom. DSM- IV och ICD-10 är två diagnosystem som används i Sverige (Kjellman, Martinsen, Taube & Andersson, 2008). Beroende på svårighetsgrad av depression rekommenderar Socialstyrelsen (2010) bland annat kognitiv beteendeterapi (inklusive text-, telefon- och internetbaserad), läkemedelsbehandling, elektrokonvulsiv behandling, fysisk aktivitet och avspänning som behandling vid depression. SBU (1999) nämner att senare forskningsresultat visar på betydelsen av att komplettera psykologiska och medicinska behandlingsmetoder med beaktande av både patient- och anhörigutbildning samt familjestödande insatser. Béphage (2005) uppger att insättande av psykologiska och farmakologiska terapier inte är tillräckligt utan integration av sociala interventioner. Socialstyrelsen (2012) nämner att det är mycket vanligare att äldre får läkemedelsbehandling (ofta flera kombinerade psykofarmaka) vid depression än samtalsbehandling som till exempel kognitiv beteendeterapi.

Depression bland äldre

Depression bland äldre är en förbisedd, feldiagnostiserad och underbehandlad sjukdom. Depression kan anses som en naturlig del av åldrandet eller som en förståelig följd av medicinsk sjukdom, sjukhusvistelse, flytt till vårdboende eller andra stressfulla livshändelser (Kurlowicz, 1997). Det kan vara svårt att identifiera depression bland äldre då det kan finnas en samsjuklighet med alkoholberoende, demens, stroke, cancer, artrit, höftfraktur, hjärtinfarkt, kroniskt obstruktiv sjukdom, Parkinsons sjukdom och fibromyalgi (Mynatt, 2004). Symptom på depression bland äldre kan yttra sig genom dåligt självförtroende eller självkänsla, undvikande av sociala kontakter eller att gå ut, dålig koncentration och/eller svårigheter med minnet samt överdrivna skuldkänslor. Andra symptom på depression bland äldre kan vara psykomotorisk hämning eller agitation, sömnproblem inklusive att vakna tidigt på morgonen, dålig aptit och viktförlust, hjälplöshets-, hopplöshets- och värdelöshetskänslor samt självmordstankar och självmordsbeteende (Waugh, 2006). Depressioner hos äldre är ofta mildare, men mer långvariga (SBU, 2004b). Depression kan inverka på beslutsfattande och orsaka vägran till att äta, ta läkemedel eller genomgå behandlingar. En del äldre vägrar att söka hjälp på grund av upplevt stigma och andra äldre accepterar sina känslor utan att förstå att de är kliniskt deprimerade (Kurlowicz, 1997).

Omvårdnadsteori

Travelbee (2001) var psykiatrisjuksköterska och enligt hennes omvårdnadsteori utgör interaktionen mellan sjuksköterskan och individen drabbad av sjukdom grunden för omvårdnad. För att bilda en mellanmänsklig kontakt måste sjuksköterskan och patienten träda ur sina roller. Enligt Travelbees teori finns det inga patienter, utan bara individer som är i behov av vård. Depression förklaras som ett tillstånd där individen vänder sig inåt mot sig själv. Sjuksköterskan har ansvar i att bistå individer och familjer med att hantera upplevelsen av sjukdom och lidande samt finna mening i dessa upplevelser. Att finna mening kan hjälpa individen att hantera problemen som uppkommer med upplevelsena av sjukdom och lidande. Lidande är en känsla av obehag som sträcker sig från enklare obehag till extrem ångest,

hopplöshet och apatisk likgiltighet. Målet med att bistå individen och familjen med att hantera och finna mening i upplevelserna av sjukdom och lidande är att inge hopp. Hopp innebär en önskan av att uppnå ett mål (ibid.).

Omvårdnad

Enligt VIPS-modellen syftar omvårdnadsåtgärder till att främja hälsa och bibehålla hälsa och välbefinnande samt förebygga sjukdom och ohälsa. Åtgärder kan utformas genom att till exempel underlätta, motivera, stödja eller utföra något i stället för patienten (Ehnfors, 2000). Utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) skall sjuksköterskan bland annat ha förmåga att uppmärksamma patienter som inte själva uttrycker sina informationsbehov eller som har speciella informationsbehov. Sjuksköterskan skall även ha förmåga att identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till att utföra egenvård samt undervisa och stödja både patienter och närstående, individuellt eller i grupp, för att främja hälsa och förhindra ohälsa (ibid.). Sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder vid depression bör fokusera på att stärka den äldres självbild genom att uppmuntra den äldre individen till att sysselsätta sig med tilltalande aktiviteter (Kvaal, 2010; Guirguis-Younger, Cappeliez & Younger, 2008). Sjuksköterskans roll bör expanderas till att utföra psykologiska interventioner på ett målmedvetet och konsekvent vis (Minardi & Hayes, 2003). En förutsättning för omvårdnaden är att relationen mellan sjuksköterskan och individen är grundad på samspel och kommunikation (SBU, 1999).

Problemformulering

Kunskap om depression förser vårdpersonal med förmåga och självförtroende till att lättare uppmärksamma åtgärder som kan vidtas för att lindra symptomen (Hassal & Gill, 2008). Sjuksköterskor kan komma att möta en utmaning i att tillgodose behoven hos äldre med depression då den äldre befolkningen ökar. Det är avgörande att sjuksköterskor utvecklar färdigheter för att skapa fördelaktiga utfall för mental hälsa hos den äldre individen (Béphage, 2005). Den psykiatriska problematiken bland äldre kan vara komplex och kommer i framtiden ställa krav på särskild kompetens (Socialstyrelsen, 2012). Föreliggande litteraturstudie genomfördes då äldre individer med depression utgör en sårbar grupp eftersom depression är ett förbisett och underbehandlat tillstånd bland äldre. Ökad kunskap kan förbättra sjuksköterskans förmåga att identifiera relevanta omvårdnadsåtgärder samt möta de äldres behov. Relevanta omvårdnadsåtgärder kan lindra den äldre individens depression och därmed lidande.

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder bland äldre med depression.

Metod

En litteraturstudie genomfördes med deskriptiv design inspirerad av Forsberg och Wengströms (2008) beskrivning av tillvägagångssätt vid litteraturstudie. I en litteraturstudie undersöks tidigare dokumenterad kunskap. I metodbeskrivningen ska sökord, databaser, vilket utfall sökningen gav, urval och värdering av artiklar framgå (Forsberg & Wengström, 2008).

Sökstrategi

Svenska sökord som formulerades utifrån syftet var: depression, sjuksköterska, omvårdnad och omvårdnadsåtgärder. Sökorden översattes till *depression, depressive disorder, depressive disorder major, nurse* och *nursing care* via Svensk MeSH sökverktyg genom Karolinska Institutet (<http://mesh.kib.ki.se>). Databassökningar genomfördes i Cinahl, PubMed och PsycINFO. Cinahl Headings, Thesaurus och Medical Subject Headings användes för att identifiera relevanta ämnesord. Sökningen genomfördes sedan utifrån databasernas ämnesord och kombinerades med booleska operatörer (AND, OR) för att begränsa och utöka sökresultatet. Vid fritextsökning trunkerades sökord genom att slutet ersattes med en asterisk för att täcka in olika varianter av begreppen (Forsberg & Wengström, 2008).

Sökord som användes var: *depression, depressive disorder, major depression, nursing, nursing care, caring, nurs** och *car**. Sökorden skiljde sig mellan databaserna då de hade olika ämnesord. Sökorden *nurs** och *car** användes vid fritextsökning tillsammans med ämnesord (se bilaga 1).

Begränsningar som publiceringsår, språk eller åldersgrupper bör användas vid databassökning (Forsberg & Wengström, 2008). Begränsningar var att artiklarna skulle vara granskade av andra forskare (peer-reviewed), publicerade inom de senaste femton åren, ha deltagare äldre än 65 år och att artiklarna var skrivna på engelska.

Vid alla former av sökningar framkom få relevanta sökresultat. Systematisk litteratursökning, fritextsökningar kombinerat med ämnesord och manuella sökningar efter artiklarnas referenslistor genomfördes (se bilaga 1).

Systematiska sökningen i PubMed resulterade i 88 träffar och systematiska sökningen i PsycINFO gav 28 träffar utan några relevanta sökresultat. Systematisk sökning i Cinahl resulterade i 214 träffar. Fritextsökningen i Cinahl resulterade i 331 träffar och fritextsökningen i PsycINFO resulterade i 394 träffar. Fritextsökning har även genomförts i PubMed utan några träffar (se bilaga 1). Vid manuella sökningar utifrån de inkluderade artiklarnas referenslistor uppkom inte någon relevant artikel.

Urval

Inklusionskriterier var artiklar som utifrån deras titlar och abstract ansågs relevanta utifrån syftet i denna litteraturstudie. Deltagarna skulle vara äldre än 65 år, ha depression och få någon form av omvårdnadsåtgärder av sjuksköterska eller hemvårdpersonal, forskare, student med magisterexamen och volontärer, om det var omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan ansågs kunna utföra. Både kvalitativa och kvantitativa studier inkluderades.

Exklusionskriterier var studier om kognitiv beteendeterapi, effekt av fysisk aktivitet på depression, antidepressiv läkemedelsbehandling och studier där depression förekom med andra sjukdomar och åtgärder inte riktades mot depression. Ytterligare exklusionskriterier var studier om screening och test av depressionsskattningsinstrument samt studier om åtgärder riktade mot anhörigvårdare med depression. Artiklar med sammanställning av tidigare forskning (review) exkluderades också.

Många artiklar som exkluderades berörde exklusionskriterierna. Studier om till exempel effekt av fysisk aktivitet på depression exkluderades då de inte hade någon koppling till omvårdnadsåtgärder. Utöver det exkluderades bland annat studier om komplementär och alternativ medicin då det inte hör till sjuksköterskans främsta arbetsområde, en studie där en musikerapeut genomfört en intervention om musik, studier om personal- och kompetensutveckling som inte handlade om åtgärder riktade mot depression samt en studie

om krigsveteraner i Taiwan som ansågs vara för specifik målgrupp. Många studier visade sig även ha deltagare under 65 år.

Samma artiklar förekom i vissa databaser. Av de 214 träffarna i Cinahl var fyra dubletter, varav tre redan var utvalda från PubMed och en förekommit vid både sökning i PsycINFO och fritextsökning i Cinahl. Vid databassökning förekom även artiklar som tidigare exkluderats vid andra sökningar.

Vid urval väljs relevanta titlar ut och abstract till dessa läses igenom (Forsberg & Wengström, 2008). I första urvalet lästes titlar och abstract igenom på totalt 1027 träffar varav 954 artiklar exkluderades. Abstract lästes inte igenom på tydligt orelevanta titlar som utgjorde närmare en tredjedel av sökresultatet. I andra urvalet lästes 73 artiklar i sin helhet och utifrån dessa exkluderades 63 artiklar. Utifrån att läsa artiklarna i sin helhet valdes 10 artiklar till urval tre för att genomgå ytterligare värdering (se bilaga 1).

Värdering

De tio inkluderade artiklarna granskades utifrån värderingsmallar av Forsberg och Wengström (2008) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). Två värderingsmallar användes då dessa ansågs komplettera varandra. Utifrån Forsberg och Wengströms (2008) värderingsmall granskades syftet med studien, undersökningsgruppen, mätmetoder, analys och värdering för kvantitativa artiklar. För kvalitativa artiklar granskades syftet med studien, undersökningsgrupp, metod för datainsamling samt dataanalys och utvärdering. Utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011) värderingsmallar för kvantitativa artiklar granskades beskrivning av studien, patientkaraktäristika, kriterier för inkludering/exkludering, intervention, vad studien avsåg att studera, urvalsförfarandet, representativt urval, bortfall, statistisk metod, etiskt resonemang, resultatets tillförlitlighet och generaliserbarhet. För kvalitativa artiklar granskades beskrivning av studien, kontexten, etiskt resonemang, urval, metod, giltighet, kommunicerbarhet, generering av teori och huvudfynd (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Utifrån dessa värderingsmallar bedömdes artiklarna vara av tillräckligt god kvalitet för att inkluderas i denna litteraturstudie och därmed exkluderades inte någon artikel efter värdering.

Det är viktigt att välja studier som fått tillstånd från etisk kommitté eller där noggranna etiska överväganden framgår (Forsberg & Wengström, 2008). Kontroll har genomförts utifrån om forskaren uppfyller informationskravet genom att ge information till deltagare om bland annat syftet med studien, metoder och risker samt inhämtat informerat och frivilligt samtycke (Northern Nurses' Federation, 2003). Två artiklar hade etiskt godkännande och sex artiklar förde tydligt etiskt resonemang. Två artiklar hade varken tydliga etiska resonemang eller etiskt godkännande. Dessa studier övervägdes angående helheten och vilka fördelar med artikeln som vägde över studiens bristande etiska kvalitet. Tidsskriften för dessa söktes även upp för att se om det framgick vad som krävdes av publicerade artiklar ur etisk bemärkelse. Tidsskriften uppgav att artikeln bör ha tydligt resonemang kring deltagarnas rättigheter i artikeln eller ett försäkrande brev till tidsskriften innan publicering. Eget etiskt förhållningsätt utgjordes av en öppenhet inför sökresultat genom att all data som svarade mot syftet och inklusionskriterier inkluderades. Vid presentering av resultat hade författarna i föregående litteraturstudie som avsikt att återge resultat korrekt och inte förvanska resultat. Influering genom författarnas egen förförståelse har beaktats genom regelbunden diskussion kring egna uppfattningar, erfarenheter och kunskaper.

Bearbetning och dataanalys

Utifrån Graneheim och Lundman (2004) genomfördes en analys med inspiration från innehållsanalys genom användning av kategorier. Författarna i föreliggande litteraturstudie läste individuellt igenom hela artiklarna för att få en förståelse av helheten. En artikelmatris sammanställdes för att få en överblick av studierna (se bilaga 2). Artiklarna fördelades mellan författarna som sedan individuellt genomläste resultatet ett flertal gånger, inkluderande metoddelens beskrivning av aktuell intervention, för att finna synliga och tydliga komponenter av omvårdnadsåtgärderna. Textdelar från artiklarnas resultat som ansågs svara mot syftet diskuterades mellan författarna. Resultat med omvårdnadsåtgärder av gemensam karaktär jämfördes mellan författarna för att finna likheter och skillnader. Text från artiklarna som svarade mot syftet antecknades sedan individuellt för hand för att se texten ur ett annat sammanhang och få ytterligare förståelse. Sedan skrev författarna tillsammans in texten i resultatdelen, där resultatet sedan sammanställdes i två kategorier utifrån omvårdnadsåtgärd. Omvårdnadsåtgärder som hade något gemensamt presenterades tillsammans och utifrån de olika omvårdnadsåtgärderna kunde sedan likheter och skillnader framträda. Omvårdnadsåtgärden *samtal för att väcka minnen* utformades genom att de olika delarna i kategorin ansågs bestå av samtal med fokus på hågkomst och återblick som kan väcka minnen. *Stöd och undervisning* framträdde genom att delarna i kategorin ansågs ha tydligt fokus på olika former av stöd och undervisning.

Resultat

Resultatet presenteras övergripande utifrån två omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan kan genomföra bland äldre med depression bestående av *samtal för att väcka minnen* samt *stöd och undervisning*. Experimentella studier presenteras först under varje omvårdnadsåtgärd.

Samtal för att väcka minnen

Chiang et al. (2010) genomförde en experimentell studie med 92 deltagare som randomiserades, 45 deltagare till interventionsgrupp och 47 till kontrollgrupp. Alla deltagare var män med en medelålder på 77 år och bedömdes ha depression utifrån mätning med Center of Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). Ungefär hälften av männen var ogifta, likväl analfabeter. Deltagarna bodde på en institution och deltagarna i interventionsgruppen genomgick reminiscens, det vill säga hågkomst, vid åtta tillfällen över en period av två månader. Kontrollgruppen erhöll ingen reminiscens. Reminiscens gavs en gång i veckan under 90 minuter av en student från ett vårduniversitet med magisterexamen och klinisk erfarenhet av både äldre och reminiscens. En annan ledare var med under reminiscenstillfällena för att kontrollera mätningarna som utfördes. Under första veckan fick deltagarna dela minnen med varandra. Det uppfattades väldigt meningsfullt bland deltagarna att få minnas och dela med sig av dessa minnen. Vid nästa tillfälle var målet att öka deltagarnas medvetenhet av känslor och hjälpa dem att uttrycka sina känslor. Målet under tredje veckan var att identifiera positiva relationer från det förflutna för att tyda aspekter från dessa och överföra till nuvarande relationer. Under vecka fyra fick studiedeltagarna möjlighet till att bearbeta och samtala kring deras familjehistoria. Femte veckan genomfördes samtal kring livsfrågor som berörde och var aktuella för studiedeltagarna. Under sjätte veckan fick studiedeltagarna möjlighet och tid till att få kännedom om personliga prestationer och identifiera personliga mål. Under den näst sista veckan var ämnet att identifiera positiva styrkor och mål. Sista veckan sammanfattades de föregående sju veckorna och ämnena som hade ägt rum och tid gavs även till att ta farväl av gruppen. Efter reminiscens minskade depressiva symptom signifikant bland deltagare i interventionsgruppen och en ytterligare

minskning av depressiva symptom gick att tyda vid uppföljning tre månader efter reminiscens (Chiang et al., 2010).

I en kvasi-experimentell studie av Hsu och Wang (2009) deltog 45 äldre som randomiserades, 24 deltagare till interventionsgrupp och 21 till kontrollgrupp. Deltagarna var från fyra olika långvårdsverksamheter och hade en medelålder av drygt 77 år samt bedömdes ha depression utifrån mätning med Geriatric Depression Scale-Short Form (GDS-SF). Två vidareutbildade sjuksköterskor med expertis utförde reminiscens till interventionsgruppen under åtta tillfällen med 60 minuter reminiscens varje vecka över en period av två månader. Kontrollgruppen genomgick rutinvård. Under första tillfället utvecklades riktlinjer att följa under reminiscenstillfällena av deltagarna som sedan överskådades under början av varje tillfälle av reminiscens. I slutet av varje reminiscenstillfälle presenterades ämnet som skulle diskuteras vid nästa tillfälle. Ämnena valdes utifrån en litteraturoversikt och en fokusgrupp föregående denna studie. Ämnena inkluderade ”första mötet”, ”barndomsupplevelser”, ”smak av mat från förr i tiden”, ”musik från förr i tiden”, ”högtid”, ”min familj”, ”när jag var ung” och ”min utmärkelse”. Under tillfällena användes traditionell festmat, foton och inspelningar av gamla sånger för att stimulera till konversation. Depressiva symptom minskade signifikant efter reminiscens bland deltagare i interventionsgruppen (Hsu & Wang, 2009).

En kvasi-experimentell studie av Tsai, Wong, Tsai och Ku (2008) bestod av 63 deltagare från ett vårdboende som bedömdes ha depression utifrån mätning med Geriatric Depression Scale (GDS). Deltagarna randomiserades, 31 deltagare till interventionsgrupp och 32 till kontrollgrupp. Bland deltagare i interventionsgruppen var medelåldern 78,5 år och i kontrollgruppen 76,5 år. I båda grupperna var de flesta deltagarna kvinnor och änkor. En sjuksköterska utförde egenvärdesterapi bland deltagarna i interventionsgruppen. Kontrollgruppen fick besök av en annan sjuksköterska som samtalade med varje deltagare en gång i veckan under 30 minuter. Egenvärdesterapi kombinerade utbildning om strategier för att själv kunna hantera depressiva symptom och värdighetsterapi. De 20 olika strategierna var baserade på självhanterande strategier använda av andra äldre på vårdboenden. Värdighetsterapin bestod av att etablera en terapeutisk relation, utforska stödsystem, andliga behov och förhållanden, söka mening och syften i livet och fastställa personens värde. Egenvärdesterapin gavs individuellt under 30 minuter, en gång i veckan under fyra veckor. Efter egenvärdesterapi minskade depressiva symptom signifikant bland både deltagare i interventions- och kontrollgruppen. Depressiva symptom hade även minskat signifikant vid uppföljning bland deltagarna i båda grupperna (Tsai et al., 2008).

Två kvasi-experimentella studier av Wang (2004; 2005) bestod av män och kvinnor som utifrån mätning med GDS-SF bedömdes ha depression. Deltagarna genomgick ostrukturerad reminiscens där de fick tala fritt om tidigare livshändelser individuellt under ungefär 45 minuter varje vecka, över en period av fyra månader. Sjuksköterskor respektive forskare utförde reminiscens efter genomgången utbildning. Upplevelser från barndomen, giftermål, familjeliv, krig och tidigare arbeten användes som anspelningar till ämnen att tala om. Gamla foton, inspelningar av gamla sånger och radioprogram samt andra föremål från det förflutna användes för att väcka minnen och stimulera till konversation. Ena studien av Wang (2005) bestod av 48 deltagare som randomiserades, 25 deltagare till interventionsgrupp och 23 till kontrollgrupp. Deltagarna hade en ålder av 65-93 år och bodde på ett vårdboende. De flesta var analfabeter, lågutbildade och hade varit med i krig. Inga av deltagarna medicinerades med antidepressiva läkemedel. Forskare utförde ostrukturerad reminiscens till deltagarna i interventionsgruppen. Deltagarna i kontrollgruppen träffade endast forskaren för datainsamling genom instrument. Efter reminiscens minskade depressiva symptom signifikant bland deltagare i interventionsgruppen och färre deltagare i kontrollgruppen hade

depression jämfört med innan reminiscens (Wang, 2005). Andra studien av Wang (2004) bestod av 48 deltagare, 25 deltagare i en grupp av äldre inom långvård (institutionaliserade) och 23 deltagare i en grupp av äldre i hemmet (icke-institutionaliserade). Deltagarna hade en ålder av 65-95 år och ungefär hälften av deltagarna hade förlorat make/maka och en större andel av dessa var inom långvård. Över hälften av deltagarna var analfabeter. En sjuksköterska utförde reminiscens till båda grupperna och under första tillfället var syftet att etablera en förtroendefull relation mellan sjuksköterskan och den äldre individen. Efter reminiscens minskade depressiva symptom signifikant bland äldre inom långvård jämfört med äldre i hemmet (Wang 2004).

En kvasi-experimentell studie av Mastel-Smith et al. (2006) bestod av 14 deltagare, alla var kvinnor med en ålder av 65-92 år och bedömdes ha depression utifrån mätning med 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15). Kvinnorna beskrev sig som frånskilda eller änkor. Hemvårdspersonal utförde återberättelse (life review) under ungefär 40 minuter en gång i veckan under sex veckor. Personalen genomgick utbildning för att kunna utföra interventionen. Kvinnorna uppmuntrades till att berätta om tidigare livsskeden. De första två veckorna frågade personalen kvinnorna om minnen från barndomen och tonårstiden. Under tredje och fjärde veckan tillfrågades kvinnorna om de tidiga vuxenåren och medelåldern. Under de sista två veckorna frågade personalen kvinnorna om deras äldre vuxenår och integration. Efter återberättelse minskade depressiva symptom signifikant (Mastel-Smith et al., 2006).

En studie med mixmetod av McDougall, Blixen och Suen (1997) bestod av 80 deltagare diagnostiserade med depression, 54 kvinnor och 26 män med en medelålder av 74 år. De flesta var änkor och levde ensamma. Återberättelse utfördes av vidareutbildad sjuksköterska för att få de äldre med depression till fördjupad insikt och till att uppnå sina mål. Under varje tillfälle med återberättelse ställdes tydliga frågor om negativa livshändelser, starka känslor, oupplösta konflikter och skuld-känslor för att återkalla och integrera det förflutna. Då återberättelse utfördes i hemmet underlättade det för de äldre att diskutera ämnen som vanligtvis lämnas odiskuterade. Efter återberättelse minskade oro, förnekande och isolering signifikant (McDougall et al., 1997).

Stöd och undervisning

McCurren, Dowe, Rattle och Looney (1999) genomförde en experimentell studie med 85 deltagare som randomiserades, 44 deltagare till interventionsgrupp och 41 till kontrollgrupp. Deltagarna var både kvinnor och män med en medelålder av 84 år och bedömdes ha depression utifrån mätning med GDS. De flesta av deltagarna var änkor och levde ensamma. En vidareutbildad sjuksköterska ingick i en interventionsstrategi med utbildade volontärer. Sjuksköterskan utbildade och övervakade volontärerna och fungerade som en resursperson under tiden studien pågick. Kontrollgruppen genomgick vanlig vård enligt rutin på det aktuella vårdboendet. Sjuksköterskan genomförde utvärderingar av deltagarna i interventionsgruppen, formulerade vårdplaner och utförde terapeutiska interventioner med hjälp av de utbildade volontärerna. Exempelvis bedömde sjuksköterskan hopplöshet efter förluster som ett problem hos en individ och formulerade mål och åtgärder utifrån problemet. En åtgärd kunde då vara att stödja den äldre individen till att identifiera ilska relaterat till tidigare förluster i livet, uttrycka sitt stöd gentemot den äldres känslor och att tillsammans med den äldre utforska aktiviteter som kunde ge en positiv känsla och bortleda negativa känslor. Sjuksköterskan hade även individuella möten med volontärerna. Volontärerna fick information om aktuell deltagare och anvisningar om sin roll i att möta de individuella behoven hos de äldre. Under regelbundna stödmöten kunde volontärerna dela med sig av sina

erfarenheter, få insikt och förståelse samt positiv återkoppling. Interventionen var individualiserad till varje deltagares unika behov. Sjuksköterskan gjorde en initial bedömning. Volontärerna besökte deltagarna två gånger per vecka och sjuksköterskan gjorde veckovisa besök. Deltagarna ansåg volontärprogrammet som väldigt positivt. Efter volontärprogrammet hade deltagarna i interventionsgruppen en signifikant större förbättring av depressiva symptom jämfört med deltagare i kontrollgruppen. Förbättringen av depressiva symptom påverkades inte av samtidig antidepressiv läkemedelsbehandling eller deltagarnas fysiska status. Socialt stöd hade ett signifikant samband med förbättring av depressiva symptom (McCurren et al., 1999).

En kvasi-experimentell studie av Knight och Houseman (2008) bestod av 41 deltagare, 36 deltagare i interventionsgruppen och fem i kontrollgruppen. Deltagarna var män och kvinnor med en medelålder av drygt 82 år och bedömdes ha depression utifrån mätning med Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) och GDS. Deltagarna bodde ensamma, tillsammans med make/maka, närstående eller tillsammans med annan familjemedlem. Utifrån en samarbetsmodell mellan psykiatrisjuksköterska och primärvårdsläkare bedömde sjuksköterskan nuvarande symptom, sjukdomens gång, tidigare psykiatrisk hälsohistoria, nuvarande mental status, psykoterapeutiskt behov, nuvarande medicinering och potentiell nytta och/eller risk för psykofarmakologisk interaktion bland deltagare i interventionsgruppen. Detta diskuterades med deltagaren och läkaren. Kontrollgruppen fick behandling för andra hälsoproblem. Deltagarna i interventionsgruppen träffade sjuksköterskan en gång i veckan under två veckor och sedan en gång varje månad, så vidare inte fler besök var indicerade. Interventionen fortgick tills deltagaren, sjuksköterskan och läkaren gemensamt beslutade om avslut. Besöken av sjuksköterskan varade 45 minuter till en timme beroende på deltagarens symptom, respons till medicinering och familjens behov av utbildning. Rådgivande aktiviteter inkluderade att stödja deltagarens självständighet och självbestämmande, ge utbildning om förhållandet mellan medicinsk sjukdom och psykosocial stress resulterande i depression och att inge hopp till förbättring och återhämtning. Deltagarna fick stöd till att öka sin aktivitet och bli mer involverad i vården. Deltagarna fick ofta hemläxa att uträtta mellan rådgivningstillfällena. Hemläxan inkluderade aktiviteter som stöttade funktionella mål, upprätta sociala kontakter med vänner eller familj och att gå på behövda hälsovårdsbesök. Efter samarbetsmodellen minskade depressiva symptom signifikant bland deltagare i interventionsgruppen. Påbörjad antidepressiv behandling eller genomgången dosförändring påverkade inte minskningen av depressiva symptom (Knight & Houseman, 2008).

En kvalitativ studie av Farran, Horton-Deutsch, Loukissa och Johnson (1998) bestod av tio anhörigvårdare vars närstående över 65 år med depression var inskrivna i hemsjukvård. De flesta anhörigvårdarna var kvinnor, hälften av anhörigvårdarna var döttrar. Sjuksköterskor utbildade anhörigvårdare och gav information om sjukdomens natur och medicinering, assisterade med målsättning och problemlösande tekniker, underlättade uppmärksammande och hantering av problembeteenden, förbättrade anhörigvårdarens färdigheter och personliga tillväxt. Sjuksköterskan samarbetade med hälsovårdsteamet, tillgängliggjorde kontakt med hälsovårdssystemet och kommunicerade med andra familjemedlemmar. Hanterande av olämpliga och negativa beteenden och anhörigvårdarutbildning angående beteendehantering var vanliga åtgärder bland sjuksköterskor. Anhörigvårdare fick specifik information om hantering av problematiska eller irriterande beteenden som manipulation och brist på motivation. Betoningen var riktad på att öka patientens motivation och stimulans, sätta gränser och förståelse för vad som kan förväntas när patienten upplever kognitiva svårigheter. Sjuksköterskor hjälpte anhörigvårdarna med att bilda realistiska förväntningar och att ompröva metoder, lämplig stimulering, mindre hotande närmanden och kognitiv

omformulering. Sjuksköterskor assisterade med familjedynamik och kommunikation. Anhörigvårdare uppmuntrades till att se vad som händer utan att beskylla, utveckla tro, anförtro hopp och uttrycka sina känslor om den äldre och deras upplevelse av att vårda den äldre. Familjemedlemmar assisterades i att utveckla förbättrade kommunikationsförmågor, förmågor till problemlösning och individuell självmedvetenhet när det var lämpligt. Stöd var en av de viktigaste åtgärderna sjuksköterskor utförde. Stöd gavs av sjuksköterskor till anhörigvårdare genom att finnas tillhands och ta kontakt samt bilda stödsystem inom familjen. Stöd innefattade även att förebygga kris och utveckla tillit till hälsovårdsteamet. Anhörigvårdare uppmuntrades till att ta kontakt med sina sjuksköterskor för emotionellt stöd och uttrycka sina känslor och bekymmer. Omvårdnaden var anpassad till de individuella patientbehoven och förväntningar av omvårdnaden var baserade på en realistisk bedömning av patientens funktionsnivå och potential till förbättring (Farran et al., 1998).

Syntes

Resultatet består av omvårdnadsåtgärderna *samtal för att väcka minnen* samt *stöd och undervisning*. *Samtal för att väcka minnen* bestod av reminiscens, egenvärdesterapi och återberättelse. Reminiscens och återberättelse bestod av samtal för att återkalla minnen och tidigare livshändelser. Efter genomgången reminiscens minskade depressiva symptom signifikant och efter att deltagare genomgått återberättelse minskade depressiva symptom samt oro, förnekande och isolering signifikant. Vid egenvärdesterapi stöttades bland annat individen i att söka efter mening i livet. Efter egenvärdesterapi minskade depressiva symptom signifikant bland både deltagare i interventions- och kontrollgrupp. Under *stöd och undervisning* utbildade sjuksköterskan volontärer och gav bland annat stöd till att få den äldre individen att uttrycka sina känslor relaterat till tidigare förluster. Inom samarbete med läkare stöttade sjuksköterskan den äldre individens självständighet och självbestämmande, utbildade om orsaker till depression och ingav hopp till förbättring och återhämtning. Efter *stöd och undervisning* i samarbete med volontärer och läkare minskade depressiva symptom signifikant bland deltagare i interventionsgrupperna. Sjuksköterskan utbildade anhörigvårdare till äldre med depression genom att ge specifik information om depression och hur de kan öka patientens motivation och stimulans. Stöd gavs sedan genom att sjuksköterskan kommunicerade med andra familjemedlemmar och fanns tillhands för emotionellt stöd.

Diskussion

Metoddiskussion

Databaserna Cinahl och PubMed användes då det är databaser med omvårdnadsforskning och databasen Medline användes inte då PubMed är en version av Medline. PsycINFO användes därför att databasen täcker psykologisk forskning inom omvårdnad (Forsberg & Wengström, 2008).

Författarna i föreliggande litteraturstudie anser att fritextsökningarna utgjorde viktiga komplement till den systematiska sökningen eftersom det ökade möjligheten att finna relevanta sökresultat. Utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) är det viktigt att sökningen omfattar både fritextord och ämnesord för att både få en precision och ökad sensitivitet i sökningen.

Sökordet nursing eller nurs* i kombination med depression inkluderar även resultat om depression och vårdboenden utan koppling till omvårdnad. Författarna i denna litteraturstudie förväntade sig mer sökresultat om omvårdnad med sökorden nursing care eller care. I

PsycINFO användes inte ämnesordet intervention eftersom det ofta samvarierade med ordet treatment som innebar behandling istället för omvårdnad. Bland sökningarna framkom däremot relevanta studier som inkluderade ordet intervention, även om inte ordet användes i sökningen. Vid fritextsökning användes nurs* för att inte missa några relevanta sökresultat då fritextsökningen var sista alternativet.

Begränsningen av att artiklarna skulle vara publicerade senaste 15 åren användes vid systematiska sökningar eftersom tidigare sökningar med senaste 10 åren som begränsning gav få relevanta sökresultat. Senaste 10 åren användes som begränsning vid fritextsökning eftersom fritextsökning skulle innebära fler träffar. De flesta av de inkluderade artiklarna i denna litteraturstudie är publicerade inom senaste 10 åren.

Att göra en begränsning angående ålder till 60 år och äldre istället för 65 år och äldre hade gett fler forskningsresultat eftersom flera studier med deltagare under 65 år påträffades. Enligt författarnas egna åsikter var äldre +65 år och i databaserna är det inte möjligt att begränsa till exakt 60 år och äldre.

Vid sökning i databaserna förväntades från början fler kvalitativa studier där till exempel specifika omvårdnadsåtgärder vid depression beskrevs. I början ansågs en del forskningsresultat inneha otydlig relation till omvårdnad samtidigt som det enligt Forsberg och Wengström (2008) är viktigt att redovisa alla resultat och inte endast de som stöder de egna åsikterna.

Under urvalsprocessen föll många artiklar bort då de inte ansågs relevanta för denna litteraturstudie utifrån syfte och inklusionskriterier. Författarnas egna åsikter är att få relevanta sökresultat påträffades eftersom det inte finns mycket forskning utifrån litteraturstudiens syfte. Då ett större antal sökresultat påträffades i urvalsprocessen beaktades risken för att författarna i denna litteraturstudie missat relevanta sökresultat genom att upprepa sökningarna och urvalsstegen. Utifrån många träffar gick det inte att se abstract eller fulltext och de artiklar som ansågs ha viss relevans beställdes innan de kunde genomgå bedömning.

Vid värdering av artiklarna framkom att hälften av studierna var genomförda i USA och hälften i Taiwan. Alla studier från Taiwan var av experimentell metod och visade på signifikanta skillnader. Forsberg och Wengström (2008) uppger att experimentella studier med signifikansanalys har starkt bevisvärde då de visar på verkliga skillnader. Överförbarheten av dessa resultat försvåras enligt egen åsikt då det kan förekomma stora kulturella skillnader mellan Taiwan och Sverige. Enligt SBU (2004b) saknas en motsvarighet till depression i många språk och i ostasiatiska länder som till exempel Taiwan, dominerar ofta de somatiska symptomen med depressionsbilden (SBU, 2004b). Författarnas egen åsikt är att resultat från studier i USA har större möjlighet till överförbarhet, då det kan vara mindre kulturella skillnader av omvårdnad vid depression jämfört med Sverige. Förutom studier av experimentell metod från USA, var en studie av kvalitativ design och en av mixmetod.

Forsberg och Wengström (2008) uppger att deltagare i experimentella studier vanligtvis randomiseras. Tre studier från Taiwan uppgav sig vara av kvasi-experimentell design trots att deltagarna randomiserats. Studien av Hsu och Wang (2009) beskriver motsägande sin studie som kvasi-experimentell i abstract och experimentell i metodbeskrivning. Egen åsikt är att detta kan vara av kulturell betingelse utifrån vad forskarna anser om vardera studiedesign.

Tre studier var utförda av Wang (2004, 2005, 2009) vilket enligt egen åsikt kan utgöra en nackdel då forskaren kan vara influerad av tidigare utförda studier och omedvetet förvränga

resultat. Fördelar med flera utförda studier inom samma område är att forskaren får en fördjupad kunskap. Studierna hade olika studiegrupper och påvisade olika resultat.

Trovärdighet av resultat vid kvalitativa studier påvisades genom tydligt beskrivet syfte, tydligt beskrivna urvalskriterier, relevant urval, beskrivning av när-var-hur undersökningsgruppen kontaktades, tydligt beskrivet fältarbete och tydligt beskriven metod för datainsamling. Trovärdighet påvisades även genom användning av citat som återger deltagares exakta ord av ett fenomen, resultat som stärks med teoretisk ram och tydlig diskussion av analys, tolkning samt metodologiska brister och risk för bias. I studien med mixmetod påvisades trovärdighet av resultat genom att andra forskare granskat kodförfarande.

De flesta kvantitativa studierna använde sig av Geriatric Depression Scale vilket ökar studiernas reliabilitet genom att instrumentet är standardiserat. Några kvantitativa studier hade stort bortfall eller få deltagare vilket försvårar generalisering av resultat. Egen åsikt är att bortfall kan vara oundvikligt bland deltagare med depression och hög ålder eftersom depressiva symptom kan försvåra deltagande och en hög ålder kan leda till att deltagare blir försämrade sjukdomsmässigt eller avlider under studiens gång. Försämring och dödsfall ledde till bortfall i flera av studierna. I många studier var deltagarna änkor, institutionaliserade, analfabeter eller hade upplevt krig. Dessa faktorer kunde påverka studiernas reliabilitet och bidra till systematiska fel.

I studiernas etiska resonemang framkom bland annat att deltagarna informerades om studiens syfte, att forskaren beaktade deltagares konfidentialitet samt att forskaren inhämtade informerat samtycke. Forskaren kunde även framföra att en kontrollgrupp med deltagare med depressiva besvär inte förblev utan åtgärder då det ansågs som etiskt fel. I studierna av McDougall et al. (1997) och Hsu och Wang (2009) framgick varken etiskt godkännande eller tydligt etiskt resonemang. Dessa studier inkluderades trots det på grund av det begränsade sökresultatet och att de hade ett relevant resultat samt att tidsskriften uppgav att artiklarna bör ha tydligt etiskt resonemang kring deltagarnas rättigheter.

I vissa studier framgick det inte om deltagarna hade en konstaterad depressionsdiagnos. Dessa studier inkluderades då diagnostisering av depression kan se olika ut i olika länder. Studierna använde skalor för att påvisa att deltagarna hade olika grad av depression. Enligt SBU (2004b) är Sveriges psykiatriska diagnostik kulturbunden och kulturer kan ha olika förväntningar på hur till exempel lidande skall uttryckas.

Vid dataanalys använde författarna sig av kategorisering utifrån inspiration av innehållsanalys. Utifrån Graneheim och Lundman (2004) placeras innehåll som har något gemensamt i kategorier. Egen åsikt är att en helhet och tydlighet kan framkomma då omvårdnadsåtgärder av gemensam karaktär placeras i en kategori. Subkategorier utformades inte då innehållet i kategorin var av tydlig gemensam karaktär. Subkategorier hade däremot kunnat påvisa eventuella skillnader inom kategorin. Hälften av artiklarna fördelades till vardera författare för att bilda egen uppfattning av resultatet och inte influeras av varandra. Då båda författarna läst alla artiklar i helhet diskuterades sedan varje resultatdel för att jämföra uppfattningar, validera fynd och minska risken för att missa relevanta delar av resultatet.

Vid bearbetningen av artiklarna var det viktigt att enbart inkludera forskningsresultat som svarade mot syftet. I vissa studier var det inte en sjuksköterska som utförde omvårdnadsåtgärderna. I en studie utförde hemvårdspersonal åtgärderna och flera studier utfördes på vårdboenden, i båda sammanhang har sjuksköterskan en arbetsledande roll. Studiernas resultat inkluderades då sjuksköterskan ansågs kunna utföra åtgärderna eller använda sig av åtgärderna i sin dagliga planering bland äldre med depression.

Resultatdiskussion

Samtal för att väcka minnen

I denna litteraturstudie utgör *samtal för att väcka minnen* största delen av resultatet. Den mest framträdande omvårdnadsåtgärden inom *samtal för att väcka minnen* är reminiscens. Vid reminiscens fick de äldre prata fritt utifrån viktiga livshändelser för att återkalla minnen. Jones och Beck-Little (2002) samt Plastow (2006) nämner att reminiscens är en meningsfull aktivitet som lindrar depression och främjar sociala interaktioner genom reducerad isolering och förbättrad social anpassning. Wang (2011) anser att reminiscens är en relevant omvårdnadsåtgärd då det råder en viss oförmåga att minnas tidigare erfarenheter vid depression och att den som utför reminiscens alltid bör vara närvarande samt finnas till för uppföljning då reminiscens kan väcka djupt undermedvetna känslor. Författarnas egen åsikt är att det finns en risk för att väcka minnen av smärtsamma förluster vid reminiscens bland äldre med depression, då förluster kan ha gett upphov till deras depression.

Reminiscens är en användarvänlig och kostnadseffektiv åtgärd som kräver minimala resurser och kan vara tillgänglig när och var som helst för de äldre (Jones & Beck-little, 2002; Hsieh & Wang, 2003). Lai (1999) uppger att musik har en betydelsefull effekt på minnet bland äldre med depression genom att återkalla minnen och tidigare livshändelser. Författarna till denna litteraturstudie anser att musik, precis som reminiscens, är en användarvänlig metod. I de flesta studier om reminiscens användes musik för att stimulera till konversation, vilket visar på hur musik tillsammans med reminiscens kan förbättra äldres sociala förmågor.

En annan framträdande del av *samtal för att väcka minnen* är återberättelse där frågor bland annat ställdes om tidigare negativa livshändelser och minnen. I studien av McDougall et al. (1997) framkom bland annat minskad isolering efter återberättelse. Jämfört med individer med somatiska sjukdomar, har individer med depression bland annat allvarliga svårigheter i social funktion (Skärsäter & Willman, 2006). Egen åsikt är att minskad isolering kan vara av betydelse bland äldre individer med depression, då det i många studier har framkommit att deltagare med depression var änkor och ensamma. Skärsäter, Dencker, Häggström och Fridlind (2003) föreslår att individen kan få en känsla av mening från tidigare livshändelser. Utifrån Travelbees omvårdnadsteori har sjuksköterskan ansvar i att bistå individen och familjen med att finna mening i lidandet (Travelbee, 2001). Författarnas egen åsikt är att det är av stor vikt att göra en uppföljning med de äldre efter tillfället med återberättelse, eftersom återberättelse fokuserar på tidigare negativa livshändelser och minnen. Både återberättelse och reminiscens kan vara lämpliga att använda bland äldre med depression då det kan upplevas som positivt att gå tillbaka till tiden då de inte hade depression.

Inom *samtal för att väcka minnen* framträdde även egenvärdesterapi som bland annat fokuserade på att söka efter mening. Skärsäter och Willman (2006) menar att individens känsla av mening kan stödjas genom att individen får stöd i att formulera tankar om meningsfulla enheter i livet. Studien om egenvärdesterapi av Tsai et al. (2008) visade även att deltagare i kontrollgruppen som genomgick vanligt samtal med en sjuksköterska också hade signifikanta minskningar av depressiva symptom, vilket tyder på att även vanligt samtal kan vara betydande bland äldre med depression.

Enligt Travelbee (2001) vänder sig individen inåt mot sig själv vid depression. Egen åsikt är att det påvisar betydelsen av *samtal för att väcka minnen* för att till exempel främja social gemenskap och hjälpa individen att uttrycka sina känslor. Symptom som dåligt självförtroende, dålig koncentration, skuld-känslor och värdelöshetskänslor (Waugh, 2006)

eller minskat intresse och försämrad social funktion (SBU, 1999), kan försvåra uttryckande av tankar och känslor. Enligt Kvaal (2010) bör sjuksköterskan delta i samtal av terapeutisk utformning med den äldre individen. Egen åsikt är att många tankar och känslor kan upplevas personliga av den äldre individen. Detta kan innebära att den äldre har ett stort behov av att känna tillit gentemot sjuksköterskan innan denne delar med sig av sina tankar och känslor. Fredriksson (2010) menar att samtal förutsätter någon form av relation. Utifrån Travelbees omvårdnadsteori utgör interaktionen mellan sjuksköterskan och individen grunden för omvårdnad. Kommunikation är en process där sjuksköterskan har möjlighet att etablera en mellanmännisklig relation. Kommunikation och en mellanmännisklig relation är avgörande för att omvårdnadsåtgärder ska kunna hjälpa individen att finna mening i sitt lidande (Travelbee, 2001). Enligt SBU (1999) är en relation grundad på samspel och kommunikation en förutsättning för omvårdnad. Hedelin och Svensson (1999) uppger att en personlig relation mellan individen och sjuksköterskan måste utvecklas för att motivera individen med depression att delta i sociala aktiviteter. Grunden av sociala aktiviteter handlar om att ge äldre anledningar till att mötas. För att lyckas motivera individer med depression att delta i sociala aktiviteter måste ett individuellt program baserat på behoven och tillgångarna hos individen utvecklas (ibid.).

Stöd och undervisning

Inom *stöd och undervisning* genomförde sjuksköterskan bland annat bedömningar, utvärderingar samt gav stöd och utbildning inom samarbete med läkare och volontärer. Egen åsikt är att det kan vara svårt för sjuksköterskan att använda sig av volontärer i omvårdnaden bland äldre med depression i Sverige med tanke på den äldre individens säkerhet. Sjuksköterskan samarbetade även med anhörigvårdare och gav stöd och undervisning till dessa utifrån den äldre individens behov. Wiklund Gustin, Rydenlund och Kulzer (2010) nämner att vårdprocessen inom psykiatrisk vård bland annat handlar om att göra fortlöpande bedömningar för att förstå vem patienten är och vilka behov patienten har. Kvaal (2010) anser att sjuksköterskans omvårdnad bland äldre med depression bland annat involverar att ge information om olika behandlingsformer och observera behandlingens effekter samt biverkningar. Den äldre individen bör sedan få stöd till att sysselsätta sig med aktiviteter denne klarar av och sänka sina krav gentemot olika uppgifter. Travelbee (2001) talar om hälsofrämjande undervisning som kan hjälpa individen att finna mening i sin sjukdom och bevara hälsa samt kontrollera symptom. Socialstyrelsen (2005) beskriver att sjuksköterskan skall stödja och vägleda patient och anhöriga genom dialog för att öka dess delaktighet i vård och behandling. Sjuksköterskan skall även informera och undervisa patienter samt anhöriga med beaktande av tidpunkt, form och innehåll samt försäkra sig om att patienten och närstående begriper given information. Sjuksköterskan skall även ha förmåga att uppmärksamma patienter som inte själva uttrycker sina informationsbehov eller har speciella informationsbehov (ibid.). Det kan tänkas att dessa förmågor är relevanta vid *stöd och undervisning* då symptom på depression enligt Waugh (2006) kan yttra sig genom dålig koncentration och svårigheter med minnet och Kurlowicz (1997) uppger att depression kan inverka på beslutsfattande. Symes et al. (2007) nämner att äldre individer har okunskap vad det gäller tillgänglig vård samt obenägenhet till att acceptera stöd och en motvilja till psykologisk behandling. Kemppainen, Taylor, Jackson, Kim-Godwin och Kirby (2009) uppger att ett mångfacetterat synsätt och förbättring av allmänhetens kunskaper om psykisk sjukdom och tillgänglig vård kan minska stigma kring psykiska sjukdomar. Egen åsikt är att den äldre individen och anhöriga kan uppleva stigma och om stigma minskar kan det underlätta att söka och acceptera hjälp, vilket är av vikt då professionell hjälp kan minska lidandet vid depression för både den äldre individen och anhöriga.

Flera studier har beskrivit anhörigas betydelse inom omvårdnaden av äldre med depression och betydelsen av att sjuksköterskan samarbetar med anhöriga. Skärsäter och Willman (2006) nämner att depression inte bara påverkar individen med depression utan även anhöriga. Choi och McDougall (2009) menar att familjen utgjorde ett viktigt stöd gentemot behoven hos de äldre och att äldre som får hjälp av familjen kan önska formellt stöd för att lindra familjens vårdbörd. Jeon (2004) anser att interaktionen mellan sjuksköterskan och anhörigvårdaren måste vara effektiv om vården av patienten ska vara terapeutisk. Egen tanke är att det är viktigt att anhöriga får information för att kunna ta hand om sin anhöriga och hantera situationen kring den äldres depression för att inte tillståndet skall förvärras. Överrensstämmande med Travelbees omvårdnadsteori (Travelbee, 2001) tydliggörs betydelsen av sjuksköterskans interaktion med både individen och anhöriga.

Ett dilemma som SBU (2004b) uppger är att den som är deprimerad kan uppfatta sig själv som en börda för omgivningen och att omgivningen ofta undviker umgänge med den som är deprimerad. Egen åsikt är att det sociala nätverket kan minska om den äldre drar sig undan genom upplevelsen av sig själv som börda, vilket inger betydelse av att involvera anhöriga i det sociala nätverket. Då Waugh (2006) uppger undvikande av sociala kontakter som ett symptom hos äldre med depression, är egen åsikt att det finns en risk för att individen inte samtycker till att involvera anhöriga.

Socialstyrelsen (2010) rekommenderar både reminiscens och antidepressiv läkemedelsbehandling till äldre med egentlig depression. Antidepressiv läkemedelsbehandling har god effekt på depressiva symptom och funktionsförmågan. Nackdelar med antidepressiv läkemedelsbehandling är bland annat negativ inverkan på tanke- och koncentrationsförmågan hos de äldre. Till äldre med egentlig depression som uppnått remission rekommenderar Socialstyrelsen (2010) en kombinationsbehandling för att förebygga återfall genom antidepressiva läkemedel och psykoterapi. I studien av Wang (2005) genomgick inte någon deltagare antidepressiv medicinering och i studierna av McCurren et al. (1999) samt Knight och Houseman (2008) påverkade inte antidepressiv medicinering minskningen av depressiva symptom. Egen åsikt är att detta påvisar att reminiscens är effektivt utan läkemedelsbehandling samt att *stöd och undervisning* kan vara effektivt både med och utan läkemedelsbehandling. Enligt Jones och Beck-little (2002) har reminiscens dessutom få skadliga biverkningar.

Lidande och hopp

Enligt Travelbees omvårdnadsteori har sjuksköterskan ansvar i att bistå individen och familjen med att hantera upplevelsen av lidande och finna mening. Målet med att bistå individen och familjen är sedan att inge hopp (Travelbee, 2001). Symtomen vid depression orsakar lidande och egentlig depression kännetecknas bland annat av hopplöshet (SBU, 1999). Rehnsfeldt (2010) uppger att lidande är något naturligt i människans liv och att lidande kan minska genom att finna mening. Det kan även vara svårt att inge hopp, då depression enligt Kurlowicz (1997) kännetecknas av försämringar och återfall.

Reminiscens är en omvårdnadsåtgärd som kan ge en känsla av mening (Plastow, 2006) och egenvärdesterapi hjälper individen att söka efter mening. Författarna till föreliggande litteraturstudie anser att även återberättelse kan få den äldre individen till att uppleva mening. *Stöd och undervisning* kan inge en känsla av mening hos individen och anhöriga genom ökad förståelse för depression och tilltro till att situationen kan förbättras genom att sjuksköterskan inger hopp om förbättring. I studien av Knight och Houseman (2008) ingav sjuksköterskan hopp till förbättring och återhämtning hos individen genom rådgivande aktiviteter. Utifrån

Travelbees omvårdnadsteori handlar hopp till exempel om att uppnå ett mål (Travelbee, 2001). Egen åsikt är att hopp kan hjälpa individen hantera lidande genom motivation till att uppnå ett mål som till exempel remission från depression.

Sjuksköterskan kan utifrån omvårdnadsåtgärderna presenterade i denna litteraturstudie samtala med de äldre om tidigare minnen och livshändelser för att hjälpa individen att finna mening och hopp i lidandet. Enligt Travelbee (2001) är hopp besläktat med tillit och sjuksköterskan bör genom sin attityd visa att hon vill hjälpa individen med att finna hopp. Utöver omvårdnadsåtgärder avgör sjuksköterskans värdering av lidande i vilken utsträckning denne kan hjälpa individen och familjen med att finna mening i lidandet (Travelbee, 2001). Under *samtal för att väcka minnen* kan sjuksköterskan beakta användandet av gamla föremål och musik. Egen åsikt är att sjuksköterskan utifrån *stöd och undervisning* bör försäkra att den äldre individen förstår varför denne genomgår viss behandling som till exempel antidepressiv läkemedelsbehandling och stödja individen i att genomgå behandling. Sjuksköterskan bör sedan enligt egen åsikt stödja anhöriga med att hantera situationen genom att informera om hur de kan hjälpa sin närstående drabbad av depression och när de bör söka professionell hjälp för till exempel avlastning. Meningen som individen kan finna i sitt lidande är kulturbestämmd och tidigare hanteringsstrategier inverkar på individens framtida hantering av lidande (Travelbee, 2001). Egen åsikt är att sjuksköterskan genom *samtal för att väcka minnen* med de äldre bör uppmärksamma hur den äldre individen tidigare har hanterat sin depression för att kunna utforma *stöd och undervisning* som kan lindra den äldre individens depression.

Konklusion

Depression orsakar lidande. Sjuksköterskan har ett ansvar i att bistå individen med att finna mening eftersom lidandet kan minska genom att individen finner mening. *Samtal för att väcka minnen* utgör en betydande del av sjuksköterskans omvårdnad bland äldre individer med depression. Reminiscens är en lämplig omvårdnadsåtgärd som främjar social gemenskap och som sjuksköterskor kan utföra för att hjälpa den äldre till att finna mening. Sjuksköterskan som utför reminiscens bör alltid vara närvarande och genomföra en uppföljning med den äldre individen. Sjuksköterskan kan även utföra återberättelse och egenvärdesterapi för att få den äldre till att finna mening. Inom *samtal för att väcka minnen* får den äldre individen möjlighet att uttrycka sina känslor. Genom att sjuksköterskan har förståelse för vem den äldre individen är och vilka behov denne har kan en personlig relation etableras. En personlig relation grundad på tillit mellan individen och sjuksköterskan är förutsättning för att individen ska motiveras till att vara delaktig i dessa omvårdnadsåtgärder. Sjuksköterskans *stöd och undervisning* kan hjälpa den äldre individen med depression till att finna mening genom ökad förståelse av sitt tillstånd. En ökad förståelse kan hjälpa både individen och anhöriga med att hantera situationen och uppleva tilltro om förbättring. Sjuksköterskan kan stödja individen och anhöriga i att hantera situationen genom att vara närvarande och finnas till hands. Genom att den äldre får individuell information om omvårdnadsåtgärderna kan den äldre individen finna anledningar till att delta i omvårdnaden. Författarna till föreliggande litteraturstudie anser slutligen att omvårdnadsåtgärderna förutsätter samarbete med anhöriga för att individen ska kunna vara delaktig i omvårdnadsåtgärderna och finna mening i sitt lidande. Då individen finner mening i sitt lidande kan förekomst av depressiva symptom och depression minska.

Kliniska implikationer för förbättringsarbete

Denna litteraturstudie visar på betydelsen av att sjuksköterskan samtalar med de äldre med depression för att väcka minnen. Sjuksköterskan kan fokusera på tidigare minnen och

livshändelser när hon samtalar med den äldre. Reminiscens kan vara användbar vid medelsvåra depressionstillstånd. Andra psykosociala interventioner som exempelvis återberättelse kan vara användbara vid lindrigare depressionstillstånd och som komplement till läkemedelsbehandling vid svårare depressionstillstånd. Omvårdnadsåtgärder som reminiscens och återberättelse kräver tid och planering samt att sjuksköterskan har genomgått utbildning. Sjuksköterskan kan stödja den äldre individen och dess anhöriga genom att till exempel undervisa om depression och hur de kan hantera sin situation. Studien av Farran et al. (1998) påvisade att de flesta anhängvårdare var kvinnor däribland döttrar, vilket visar på betydelsen av att uppmärksamma dessa i förhållande till den äldre individen med depression. Undervisningen sker genom dialog och sjuksköterskan bör beakta när undervisningen bör ske, hur denne skall undervisa och försäkra sig om att både den äldre och anhöriga förstår given information. Den äldre individen med depression kan ha minnessvårigheter vilket inger betydelsen av att ge både muntlig och skriftlig information.

Förslag till fortsatt forskning

Författarnas egen åsikt är att det behöver genomföras mer forskning om effektiva specifika omvårdnadsåtgärder bland äldre med depression då det skulle kunna minska läkemedelsanvändning samt biverkningar hos äldre. Mer forskning om användarvänliga metoder som reminiscens bör utföras då denna metod kan vara lätt att implementera till praxis genom att den kräver minimala resurser. Mycket forskning var från Taiwan och USA vilket innebär att mer forskning skulle behöva utföras inom till exempel Europa för att kunna överföra forskning i större omfattning till vården i Sverige. Egen åsikt är att mer forskning kan behöva genomföras med hänsyn till genus då män och kvinnor kan ha olika behov. I studien av McDougall et al. (1997) framkom det att männen deltog i färre psykosociala sessioner, vilket kan ha samband med att interventionen inte lämpade sig för dessa män. Det är av betydelse att ny forskning genomförs för att validera omvårdnadsåtgärder från tidigare studier och för att nuvarande forskning inom området är begränsad. Ny forskning skulle kunna ge ökad kunskap om effektiva omvårdnadsåtgärder som kan lindra den äldre individens depression och bidra till att depression bland äldre uppmärksammas i större grad då det är ett förbisett tillstånd.

Referenslista

Béphage, G. (2005). Health professionals need to be able to identify depression in older people. *British Journal of Nursing*, 14(7), 380-384. Hämtad från databasen PubMed with Full Text.

Chiang, K., Chu, H., Chang, H., Chung, M., Chen, C., Chiou, H. & Chou, K. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(4), 380-388. doi:10.1002/gps.2350

Choi, N. G. & McDougall, G. (2009). Unmet needs and depressive symptoms among low-income older adults. *Journal of Gerontological Social Work*, 52(6), 567-583. doi:10.1080/01634370802609270

Choi, N. G., Wyllie, R. J. & Ransom, S. (2009). Risk factors and intervention programs for depression in nursing home residents: nursing home staff interview findings. *Journal of Gerontological Social Work*, 52, 668-685. Hämtad från databasen PsycINFO with Full Text.

Ehnfors, M. (2000). *VIPS-boken: om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen*. (1. uppl.) Stockholm: Vårdförbundet.

Farran, C., Horton-Deutsch, S., Loukissa, D. & Johnson, L. (1998). Psychiatric home care of elderly persons with depression: unmet caregiver needs. *Home Health Care Services Quarterly*, 16(4), 57-73. Hämtad från databasen PubMed with Full Text.

Fredriksson, L. (2010). Att vårda i samtal – kommunikativa aspekter på lidande och vårdande. I L. Gustin Wiklund (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa: på avancerad nivå*. (1. uppl., 352-373). Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (2., [uppdaterade] utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Guirguis-Yonger, M., Cappeliez, P. & Younger, M. (2008). A community-based intervention for treating depression in seniors. *Canadian Journal of Nursing Research*, 40(1), 60-79.

Hämtad från databasen Cinahl.

Hassall, S. & Gill, T. (2008). Providing care to the elderly with depression: the views of aged care staff. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 17-23. Hämtad från

databasen Cinahl with Full Text.

Hedelin, B. & Svensson, P. G. (1999). Psychiatric nursing for promotion of mental health and prevention of depression in the elderly: a case study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 115-124. Hämtad från databasen PubMed with Full Text.

Hsieh, H. F. & Wang, J.J. (2003). Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 335-345. Hämtad från databasen Cinahl with Full Text.

Hsueh, H. F. & Wang, J.J. (2003). Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 335-345. Hämtad från databasen Cinahl with Full Text.

Hämtad från databasen Cinahl with Full Text.

Hsu, C. J. & Wang, J. J. (2009). Brief Report: physical, affective and behavioral effects of group reminiscence on depressed institutionalized elders in Taiwan. *Nursing Research*, 58(4), 294-299. Hämtad från databasen PsycINFO with Full Text.

Hämtad från databasen PsycINFO with Full Text.

Jeon, Y. H. (2004). Shaping mutuality: nurse-family caregiver interactions in caring for older people with depression. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 126-134.

Hämtad från databasen PsycINFO with Full Text.

Jones, E. & Beck-Little, R. (2002). The use of reminiscence therapy for the treatment of depression in rural-dwelling older adults. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(3), 279-290.

Hämtad från databasen Cinahl with Full Text.

Karimi, H., Dolatshahee, B., Momeni, K., Khodabakshi, A., Rezaei, M. & Kamrani, A. A. (2010). Effectiveness of integrative and instrumental reminiscence therapies on depression symptoms reduction in institutionalized adults: an empirical study. *Aging & Mental Health*, 14(7), 881-887. doi:10.1080/13607861003801037

Kemppainen, J., Taylor, J., Jackson, L., Kim-Godwin, Y. & Kirby, E. (2009). Incidence, sources, and self-management of depression in persons attending a rural health clinic in southeastern North Carolina. *Journal of Community Health Nursing*, 26(1), 1-13.

doi:10.1080/07370010802605697

doi:10.1080/07370010802605697

Kjellman, B., Martinsen, W. E., Taube, J. & Andersson, E. (2008). Depression. I A. Ståhle (Red.), *FYSS 2008: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA)*. (Rapport nr 2008:4, s. 282-283). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. Hämtad 20 december 2011, från <http://www.fyss.se>

Knight, M. M. & Houseman, A. H. (2008). A collaborative model for the treatment of depression in homebound elders. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 974-991.
doi:10.1080/01612840802279049

Kristiansson, N. (2011). *Att vara deprimerad*. Hämtad 21 mars 2012, från <http://www.vardguiden.se/Tema/Att-bli-aldre/Att-vara-deprimerad/>

Kurlowicz, L. H. (1997). Nursing standard of practice protocol: depression in elderly patients. *Geriatric Nursing*, 18, 192-200. Hämtad från databasen PubMed with Full Text.

Kvaal, K. (2010). Ångest och depression. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Hylén-Ranhoff (Red.), *Geriatrisk omvårdnad* (1. Uppl., s.-). Stockholm: Liber.

Lai, Y. M. (1999). Effects of music listening on depressed women in Taiwan. *Issues in Mental Health Nursing*, 20, 229-246. Hämtad från databasen Cinahl with Full Text.

Mastel-Smith, B., Binder, B., Malecha, A., Hersch, G., Symes, L. & McFarlane, J. (2006). Testing therapeutic life review offered by home care workers to decrease depression among home-dwelling older women. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 1037-1049.
doi:10.1080/01612840600943689

McCurren, C., Dowe, D., Rattle, D. & Looney, S. (1999). Depression among nursing home elders: testing an intervention strategy. *Applied Nursing Research*, 12(4), 185-195. Hämtad från databasen Cinahl with Full Text.

McDougall, G. J., Blixen, C. E. & Suen, L. J. (1997). The process and outcome of life review psychotherapy with depressed homebound older adults. *Nursing Research*, 46(5), 277-283. Hämtad från databasen PubMed with Full Text.

Minard, H. & Hayes, N. (2003). Nursing older adults with mental health problems: therapeutic interventions (part 1). *Nursing Older People*, 15(6), 22-28. Hämtad från databasen Cinahl with Full Text.

- Mynatt, S. (2004). Depression in the older adult: recognition and nursing intervention. *Tennessee Nurse*, 67(4), 8-10. Hämtad från databasen Cinahl with Full Text.
- Northern Nurses' Federation. (2003). *Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries*. Oslo: Sykepleiernes Samarbeid i Norden. Hämtad 23 februari 2012, från <http://www.sykepleien.no>
- Parrish, E., Peden, A. & Staten, R. (2008). Strategies used by advanced practice psychiatric nurses in treating adults with depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(4), 232-240. Hämtad från databasen PsycINFO with Full Text.
- Plastow, N. A. (2006). Libraries of life: using life history books with depressed care home residents. *Geriatric Nursing*, 27(4), 217-221. doi:10.1016/j.gerinurse.2006.06.004
- Rehnsfeldt, A. (2010). Livsförståelse som utgångspunkt för patientens perspektiv. I L. Gustin Wiklund (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa: på avancerad nivå*. (1. uppl., s. 88-101). Lund: Studentlitteratur.
- Skärsäter, I., Dencker, K., Häggström, L. & Fridlund, B. (2003). A salutogenic perspective on how men cope with major depression in daily life, with the help of professional and lay support. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 153-162. Hämtad från databasen PubMed with Full Text.
- Skärsäter, I. & Willman, A. (2006). The recovery process in major depression: an analysis employing Meleis' transition framework for deeper understanding as a foundation for nursing interventions. *Advances in Nursing Science*, 29(3), 245-259. Hämtad från databasen Cinahl.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 20 januari 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se>
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010: stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 19 december 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se>
- Socialstyrelsen. (2012). *Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 27 februari 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se>

Statens beredning för medicinsk utvärdering (1999). *Evidensbaserad omvårdnad vid behandling av personer med depressionssjukdomar*. (SBU-rapport, nr 3). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad 20 januari, från <http://www.sbu.se>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004a). *Behandling av depression: Frågor och svar* [Broschyr]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad 2 februari 2012, från <http://www.sbu.se/>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004b). *Behandling av depressionssjukdomar: En systematisk litteraturoversikt*. (SBU-rapport, nr 166). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad 19 december 2012, från <http://www.sbu.se>

Symes, L., Mastel-Smith, B., Hersch, G., Binder, B., Malecha, A. & McFarlane, J. (2007). The feasibility of home care workers delivering an intervention to decrease depression among home-dwelling, older women: a qualitative analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(7), 799-810. doi:10.1080/01612840701415942

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (4 opl.). Oslo: Gyldendal.

Tsai, Y., Wong, T., Tsai, H. & Ku, Y. (2008). Self-worth therapy for depressive symptoms in older nursing home residents. *Journal Of Advanced Nursing*, 64(5), 488-494. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04804.x

Wang, D. S. (2011). Interdisciplinary methods of treatment of depression in older adults: a primer for practitioners. *Activities, Adaptation & Aging*, 35(4), 298-314. doi:10.1080/01924788.2011.625221

Wang, J. J. (2004). The comparative effectiveness among institutionalized and non-institutionalized elderly people in Taiwan of reminiscence therapy as a psychological measure. *Journal of Nursing Research*, 12(3), 237-244. Hämtad från databasen PubMed.

Wang, J. J. (2005). The effects of reminiscence on depressive symptoms and mood status of older institutionalized adults in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(1), 57-62. doi: 10.1002/gps.1248

Waugh, A. (2006). Depression and older people. *Nursing Older People*, 18(8), 27-30. Hämtad från databasen Cinahl with Full Text.

Wiklund Gustin, L., Rydenlund, K. & Kulzer, S. (2010). Att vara specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård. I L. Gustin Wiklund (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa: på avancerad nivå*. (1. uppl., s. 396-421). Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (n.d.). *Depression*. Hämtad 1 februari 2012, från http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability – a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126. Hämtad från databasen PsycINFO with Full Text.

Bilagor

Bilaga 1: Sökmatrix

Sid 1 (6)

Datum	Databas	Sökord	Resultat	Urval 1	Urval 2	Urval 3
2012-01-25 Kl. 11.20	Pubmed	# 1 depression[MeSH Major Topic]	87410			
		#2 depressive disorder[MeSH Major Topic]	53266			
		#3 caring[MeSH Major Topic]	4807			
		#4 nursing care[MeSH Major Topic]	79854			
		#5 #1 OR #2	87410			
		#6 #3 OR #4	84044			
		#7 #5 AND #6	394			
		#8 #5 AND #6 Limits: English, Aged: 65+ years, Publication Date from 1997/02 to 2012/02	88	88	10	4

Datum	Databas	Sökord	Resultat	Urval 1	Urval 2	Urval 3
2012-01-25 Kl. 13.15	PsycINFO	<p>S1 su. EXACT.EXPLODE ("Major depression")</p> <p>S2 su.EXACT.EXPLODE ("Nursing")</p> <p>S3 su. EXACT.EXPLODE ("Major depression") AND su. EXACT. EXPLODE ("Nursing")</p> <p>S4 su(EXACT.EXACT.EXPLODE("Major Depression")) AND su(EXACT.EXACT.EXPLODE("Nursing")) Limits applied Peer reviewed Date: from 1997 February to 2012 February Age group: Aged (65 Yrs & Older) Language : English</p>	<p>73566</p> <p>11490</p> <p>134</p> <p>28</p>	28	4	0

Datum	Databas	Sökord	Resultat	Urval 1	Urval 2	Urval 3
2012-01-27 Kl. 08.30	Cinahl	S1 (MM ¹ “depression”)	19501			
		S2 (MH ² “nursing care+”)	185998			
		S3 (MH “caring+”)	5758			
		S4 S2 OR S3	189948			
		S5 S1 AND S4	899			
		S6 S1 AND S4 Limiters - Peer-Reviewed Publication Date: 19970201-20120231 Language: English AgeGroups: Aged: 65+ years	214	214	16	1

¹ MM= Major Concept

² MH= Explode (+)

Datum	Databas	Sökord	Resultat	Urval 1	Urval 2	Urval 3
2012-02-01 Kl. 17.30	Cinahl	S1 nurs*	519968			
		S2 car*	774969			
		S3 (MM “depression”)	19501			
		S4 S1 AND S2	213824			
		S5 S3 AND S4	1195			
		S6 S3 AND S4 Limiters – Peer-Reviewed Publication Date: 20020101-20120231 English language Age groups: Aged: 65+ years	331	331	14	3

Datum	Databas	Sökord	Resultat	Urval 1	Urval 2	Urval 3
2012-02-01 Kl. 17.45	PsycINFO	S1 all(nurs*)	92173			
		S2 all(car*)	84645			
		S3 su.EXACT.EXPLODE ("Major Depression")	73674			
		S4 all(nurs*) AND all(car*)	7330			
		S5 all(nurs*) AND all(car*) AND su.EXACT.EXPLODE ("Major Depression") Limits applied Peer reviewed Date: From 2002 February to 2012 February Age group: Aged (65 Yrs & Older) Language: English	394	394	29	2

Datum	Databas	Sökord	Resultat	Urval 1	Urval 2	Urval 3
2012-02-15 Kl. 17.30	Pubmed	# 1 nurs*	574551			
		#2 car*	22913			
		#3 depression (MeSH Major Topic)	87834			
		#4 depressive disorder (MeSH Major Topic)	53491			
		#5 #1 AND #2	315			
		#6 #3 OR #4	87834			
		#7 #5 AND #6	0			
		#8 #5 AND #3	0			
		#9 #5 AND #4	0			

Författare Artikels titel, tidskrift, land	Syfte	Design	Värdering	Resultat
<p>Chiang, K., Chu, H., Chang, H., Chung, M., Chen, C., Chiou, H. & Chou, K. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. <i>International Journal Of Geriatric Psychiatry</i>, 25(4), 380-388.</p> <p>Taiwan</p>	<p>Syftet var att undersöka effekterna av reminiscensterapi på psykiskt välbefinnande, depression och ensamhet bland institutionaliserade äldre.</p>	<p>Kvantitativ metod: Experimentell design.</p> <p>Intervention: Deltagarna i interventionsgruppen fick reminiscens vid åtta tillfällen under två månader. Reminiscensen var ostrukturerad och deltagare uppmuntrades till att minnas tidigare händelser. Viktiga händelser som upplevelser från barndomen, giftermål, familjeliv, krig och tidigare arbeten inkluderades som anspelningar till ämnen att tala om. Gamla foton, inspelningar av gamla sånger och radioprogram och andra föremål från det förflutna användes för att väcka minnen och stimulera till konversation mellan forskaren och deltagaren. Kontrollgruppen erhöll ingen intervention.</p> <p>Population: Inklusionskriterier: Deltagaren skulle vara medveten och ha förmåga att tala språket mandarin eller Taiwanesiska, vara 65 år eller äldre och ha högre poäng än 20 på skalan Mini-Mental State Examination (MMSE). Exklusionskriterier: Deltagare som visade tecken på betydande kognitiv nedsättning.</p> <p>Urval: 92 institutionaliserade äldre i åldern 65 år och äldre rekryterades slumpmässigt till två grupper.</p> <p>Slutlig studiegrupp: Totalt 45 deltagare i interventionsgruppen och 47 deltagare i kontrollgruppen. Alla deltagarna var män med en genomsnittlig ålder på 77,24. 58 procent var ogifta och 55 procent var analfabeter. I den experimentella gruppen hoppade totalt 20 deltagare av studien (31 %) och i kontrollgruppen hoppade totalt 18 deltagare av studien (28 %).</p> <p>Datainsamlingsmetod: Olika enkäter med frågor användes för datainsamling. Instrument som användes var Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), Symptoms checklist-90-R, Revised University of California Los Angeles loneliness scale och MMSE.</p> <p>Analysmetod: Statistiska analyser.</p>	<p>Styrkor: Beskrivna inklusions- och exklusionskriterier. Randomiserat urval. Representativt urval. Tillförlitliga instrument genom beräknad reliabilitet och validitet. Demografiska data är liknande mellan jämförelsegrupperna. Beskriven bortfallsanalys. Beskriven bortfallsstorlek. Erhållna signifikanta skillnader.</p> <p>Svagheter: Studerar endast män, vilket begränsar möjligheten till överföring av resultat. Stort bortfall, vilket minskar studiens power och möjlighet att påvisa effekt av resultat.</p>	<p>Skillnaden i depressionsstatus vid mätning efter interventionen och vid uppföljning tre månader senare skilde sig signifikant mellan grupperna ($p < 0,0001$). Efter reminiscens minskade depressionsvärden bland deltagare i interventionsgruppen mätt på CES-D jämfört med mätning innan interventionen. En ytterligare minskning av depressionsvärden gick även att tyda tre månader efter interventionen.</p>

Författare Artikels titel, tidskrift, land	Syfte	Design	Värdering	Resultat
<p>Farran, C., Horton-Deutsch, S., Loukissa, D. & Johnson, L. (1998). Psychiatric home care of elderly persons with depression: unmet caregiver needs. <i>Home Health Care Services Quarterly</i>, 16(4), 57-73.</p> <p>USA</p>	<p>Syftet var att utforska vilka omvårdnadsåtgärder som nuvarande tillhandahålls till anhängvårdare till äldre individer med depression, inom hemsjukvård, och identifiera otillfredsställda behov bland anhängvårdarna.</p>	<p>Kvalitativ metod: Deskriptiv design.</p> <p>Population: Inklusionskriterier för patienterna var: ICD- 9 diagnos på depression, 65 år eller äldre och vårdas av familj. Inklusionskriterier för anhäng till patienten var: kontakt med patienten varje vecka och vårdgivande till patienten på grund av patientens hälsoproblem/ sjukdom/funktionshinder, vara kognitivt intakt, ha tillgång till en telefon och förmåga att ge informerat samtycke.</p> <p>Urval: Tio identifierade anhängvårdare till närstående med depression valdes ut. Inget bortfall framgick i studien.</p> <p>Slutlig studiegrupp: Tio anhängvårdare vars närstående med depression blev inskriven i hemsjukvård. 60 procent av anhängvårdarna var kvinnor, 50 procent var döttrar, resterande var män - antingen söner eller makar. Nio anställda sjuksköterskor deltog totalt i studien.</p> <p>Datainsamlingsmetod: Strukturerade intervjuer användes gentemot anhängvårdarna och fokusgrupper med sjuksköterskor. Sjuksköterskorna träffades i fokusgrupper under en och en halv timme, medan intervjuerna med vårdgivarna varade i en timme.</p> <p>Analysmetod: Beskrivande av kvalitativ data.</p>	<p>Styrkor: Inklusionskriterier var tydligt beskrivna. Tydligt beskriven datainsamlingsmetod. Tydligt beskriven analysmetod. Använder studieprotokoll.</p> <p>Svagheter: Exklusionskriterier framgår inte. Inklusions- och exklusionskriterier för sjuksköterskorna framgick inte. Otydligt beskrivet urvalsförfarande. Bristande information om studiegruppen. Plats och tid för intervjuerna redovisas inte tydligt. Transkriptionen är otydligt beskriven. Största andelen av studiegruppen var kvinnor vilket begränsar möjligheten till överföring.</p>	<p>Sjuksköterskor utbildade anhängvårdare och gav information om bl.a. sjukdomens natur och medicinering, assisterade med målsättningar och problemlösande tekniker, underlättade uppmärksammande och hantering av problembeteenden och förbättrade t.ex. anhängvårdarens färdigheter och personliga tillväxt. Sjuksköterskan assisterade med familjedynamik och kommunikation. Stöd var en av de viktigaste åtgärderna sjuksköterskorna utförde. Stöd gavs av sjuksköterskor till anhängvårdare genom att t.ex. finnas tillhands och ta kontakt samt bilda stödsystem inom familjen.</p>

Författare Artikels titel, tidskrift, land	Syfte	Design	Värdering	Resultat
<p>Hsu, C. J. & Wang, J. J. (2009). Brief report: physical, affective and behavioral effects of group reminiscence on depressed institutionalized elders in Taiwan. <i>Nursing Research</i>, 58(4), 294-299.</p> <p>Taiwan</p>	<p>Syftet med studien var att fastställa effekten av grupp-reminiscens på fysisk funktion, beteendekompetens och depression bland deprimerade, institutionaliserade äldre.</p>	<p>Kvantitativ metod: Kvasi-experimentell design.</p> <p>Interventionen: Studiedeltagarna i interventionsgruppen genomgick åtta tillfällen med reminiscens varje vecka under 60 minuter under totalt två månader. Kontrollgruppen erhöll ingen intervention. Av deltagarna i interventionsgruppen genomförde 15 studiedeltagare alla åtta sessionerna, 22 studiedeltagare genomförde sju sessioner och två studiedeltagare deltog i totalt sex sessioner. De olika sessionerna var uppdelade i olika ämnen, och reminiscensen utfördes av en sjuksköterska specialiserad inom geriatrik.</p> <p>Population: Inklusionskriterier innefattade 65 år eller äldre, förmåga att kommunicera på språket mandarin eller taiwanesiska, poäng över 17 på skalan Mini-Mental State Examination Score för analfabeter, och över 21 poäng beroende på antal år av utbildning. Deltagarna skulle även ha sju poäng eller över på skalan Geriatric Depression Scale-Short Form (GDS-SF). Deltagare som hade andra diagnostiserade psykiska sjukdomar, grava talsvårigheter eller problem med hörseln exkluderades.</p> <p>Urval: Deltagare randomiserades till interventions- och kontrollgrupp.</p> <p>Slutlig studiegrupp: Totalt 48 deltagare från en institution. Tre studiedeltagare avslutade studien på grund av hälsoproblem. Slutligen 24 och 21 deltagare i respektive interventionsgrupp och kontrollgrupp. 26,7 procent av dessa var nyinflyttade till institutionen, och 6,7 procent hade bott där i mer än fem år. Genomsnittliga åldern var 77,9 år.</p> <p>Datansamlingsmetod: Kinesiska versionen av GDS-SF, Barhel's Index of Activities Of Daily Living samt Behavioral Rating Scale (BRS).</p> <p>Analysmetod: Statistiska analyser.</p>	<p>Styrkor: Tydligt beskrivet syfte. Användning av Test-Retest, som bedömer sannolikheten att man får samma resultat om skalan används två gånger efter varandra hos en och samma individ vilket därmed ökar trovärdighet av resultat. Tydligt beskrivna inklusions- och exklusionskriterier. Det fanns ingen skillnad mellan grupperna vad gäller demografiska egenskaper. Erhållna signifikanta skillnader.</p> <p>Svagheter: Studerar endast deltagare från en institution vilket försvårar möjligheten att överföra resultat.</p>	<p>Efter sex till åtta reminiscenstillfällen minskade värden på GDS signifikant bland deltagare i interventionsgruppen ($p=0,002$). Det var ingen signifikant skillnad bland deltagare i kontrollgruppen. Interventionens effektstorlek var hög gentemot depression.</p>

Författare Artikels titel, tidskrift, land	Syfte	Design	Värdering	Resultat
<p data-bbox="185 371 398 703">Knight, M. M. & Houseman, A. H. (2008). A collaborative model for the treatment of depression in homebound elders. <i>Issues in Mental Health Nursing</i>, 29, 974-991.</p> <p data-bbox="185 740 241 764">USA</p>	<p data-bbox="423 371 629 703">Att studera effektiviteten av en samarbetsmodell mellan psykiatri sjuksköterska och primärvårdsläkare i att tillhandahålla vård till äldre med depression i hemmet.</p>	<p data-bbox="651 371 1160 395">Kvantitativ metod: Kvasi-experimentell design.</p> <p data-bbox="651 435 808 459">Intervention: Interventionen pågick under ett år. Interventionsgruppen träffade psykiatrisjuksköterskan varje vecka under två veckor, sedan varje månad så vidare inte fler besök var indicerade. Hembesöken av sjuksköterskan varade 45-60 minuter beroende på patienten symptom, respons till medicinering och familjens behov av utbildning. Rådgivande aktiviteter inkluderade att stödja patienters självständighet och självbestämmande samt ge utbildning. Patienter uppmuntrades till att öka sina aktiviteter och bli mer delaktiga i sin vård. Patienterna fick ofta hemläxa att utföra mellan besöken. Kontrollgruppen fick behandling för andra hälsoproblem.</p> <p data-bbox="651 743 786 767">Population: Äldre som bodde i eget hem fick delta om de var 65 år eller äldre, hade förmåga att kommunicera effektivt på engelska, inte hade en demensdiagnos och med ett startvärde större än 10 på Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) eller Geriatric Depression Scale (GDS).</p> <p data-bbox="651 898 730 922">Urval: Alla individer över 65 år som var i kontakt med verksamheten under det året studien skulle genomföras, erbjöds delta i en depressionsscreening med HAM-D och GDS. Deltagare blev sedan tilldelad grupp (intervention- eller kontrollgrupp) utifrån självval.</p> <p data-bbox="651 1050 882 1074">Slutlig studiegrupp: 41 individer deltog i studien. 36 deltagare i interventionsgruppen och fem deltagare i kontrollgruppen. Medelåldern var 82,88 år. 12 deltagare var män och 29 deltagare var kvinnor. 16 deltagare bodde ensamma, 11 deltagare bodde med make/maka eller närstående, 13 bodde med annan familjemedlem och en deltagare hade hemhjälp.</p> <p data-bbox="651 1233 909 1257">Datainsamlingsmetod: Mätningar med instrumenten HAM-D och GDS). Instrument för att mäta aktivitet i det dagliga livet (IADL) användes också.</p> <p data-bbox="651 1329 813 1353">Analysmetod: Statistiska analyser.</p>	<p data-bbox="1518 371 1619 395">Styrkor: Tydligt beskrivet syfte. Studerar båda könen. Tillförlitliga instrument användes. Erhållna signifikanta skillnader.</p> <p data-bbox="1518 592 1644 616">Svagheter: Inga tydligt beskrivna exklusionskriterier. Svagt urvals förfogande som försvårar möjligheten att påvisa effekt av resultat. Inget beskrivet bortfall. Ojämna grupper som inverkar på reliabilitet av resultatet. Blindning saknas, vilket ökar risken för bias . Det är svårt att bevisa om interventionen utgör grunden till effekt när kontrollgruppen endast hade fåtal antal individer. Risk för selektionsbias, orsakad av obalans mellan grupperna (skeptiskt urval) .</p>	<p data-bbox="1800 371 2047 1294">Bland deltagarna i interventionsgruppen var det en signifikant minskning av värden på HAM-D ($p < 0,001$). Det var en signifikant minskning av värden på GDS bland deltagarna i interventionsgruppen ($p < 0,001$). Ingen signifikant minskning av värden på både HAM-D och GDS gick att tyda bland deltagare i kontrollgruppen. Ingen skillnad i ökning av depressionsvärden gick att tyda bland individer som påbörjade antidepressiv behandling eller genomgick dosförändring i jämförelse med dem vars dos förblev oförändrad under studiens gång.</p>

Författare Artikels titel, tidskrift, land	Syfte	Design	Värdering	Resultat
<p>Mastel-Smith, B., Binder, B., Malecha, A., Hersch, G., Symes, L. & McFarlane, J. (2006). Testing therapeutic life review offered by home care workers to decrease depression among home-dwelling older women. <i>Issues in Mental Health Nursing</i>, 27, 1037-1049.</p> <p>USA</p>	<p>Att testa en psykosocial intervention, terapeutisk livshistoria, given av hemvårdspersonal, för att minska depression bland äldre kvinnor i hemmet.</p>	<p>Kvantitativ metod: Kvasi-experimentell design.</p> <p>Intervention: 40 minuter livshistoria utfördes en gång i veckan, under sex veckor, av hemvårdspersonal i deltagarnas hem. Hemvårdspersonalen genomgick utbildning för att kunna utföra interventionen. Under första och andra veckan frågade personalen deltagarna om barndomen och tonårsminnen. Under tredje och fjärde veckan tillfrågades deltagarna om de tidigare vuxenåren och medelåldern. De sista veckorna frågade personalen deltagarna om de äldre vuxna åren och integration.</p> <p>Population: Deltagarna skulle vara patienter inom hemvård, tala engelska, inte ha en förmyndare och vara 65 år eller äldre.</p> <p>Urval: Alla kvinnor som uppnådde inklusionskriterium fick ett informationsbrev hemskickat. Deltagare valdes sedan ut efter mätning på Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ). Över hälften av kvinnorna som erbjöds att delta i studien tackade nej av olika anledningar.</p> <p>Slutlig studiegrupp: 14 kvinnor som var 65-92 år med olika grader av depression. Hälften av kvinnorna beskrev sig som singel/frånskilda och hälften beskrev sig som änkor. Tre kvinnor blev för sjuka för att fullfölja studien och en kvinna avled.</p> <p>Datainsamlingsmetod: Mätningar utfördes med SPMSQ för att mäta den intellektuella förmågan, och 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15) för att mäta grad av depression.</p> <p>Analysmetod: Statistiska analyser.</p>	<p>Styrkor: Beskrivna inklusionskriterier. Beskrivet urval. Representativt urval. Beräknad reliabilitet och validitet av använda instrument. Beskriven bortfallsstorlek. Beskriven bortfallsanalys. Erhållna signifikanta skillnader. Studien testar en metod som inte har testats i stor utsträckning förut och visar på en effekt.</p> <p>Svagheter: Inga tydligt beskrivna exklusionskriterier. Studerar endast kvinnor vilket begränsar möjligheten till överföring av resultat. Liten studiegrupp och stort bortfall som försvårar möjligheten att påvisa effekt av resultat och minskar studiens power. Det är svårt att bevisa om interventionen utgör grunden till effekt när det inte finns någon kontrollgrupp att jämföra med.</p>	<p>Över tid minskade depressionsvärdena mätt på GDS-15 signifikant ($p=0,019$) och det var en signifikant minskning av depression direkt efter den sex veckor långa interventionen ($p=0,004$). Interventionen hade en måttlig till stor effektstorlek gentemot depressionsvärdena över tid.</p>

Författare Artikels titel, tidskrift, land	Syfte	Design	Värdering	Resultat
<p>McCurren, C., Dowe, D., Rattle, D. & Looney, S. (1999). Depression among nursing home elders: testing an intervention strategy. <i>Applied Nursing Research</i>, 12(4), 185-195.</p> <p>USA</p>	<p>Fokusera på beskattning av depression och bestämma effektiviteten av en interventionstrategi för depression genom att använda en geropsykiatrisk sjuksköterska i samarbete med volontärer, agerande som paraprofessioner inom mental hälsovård.</p>	<p>Kvantitativ metod: Experimentell design.</p> <p>Intervention: Vidareutbildad sjuksköterska utbildade och övervakade volontärerna och bistod som en resurs under hela volontärtiden. Sjuksköterskan utvärderade deltagarna i interventionsgruppen, formulerade behandlingsplaner och utförde terapeutiska interventioner, med hjälp av de utbildade volontärerna. Volontärerna fick 30 timmars utbildning och genomgick övervakad fältstudie under åtta veckor innan studiens start. Interventionen var utformad efter varje deltagares unika behov. Interventionen inkluderade bedömning vid start av sjuksköterska, besök två gånger per vecka av volontär och veckovisa besök av sjuksköterskan. Kontrollgruppen genomgick rutinvård.</p> <p>Population: Deltagare valdes ut från tre olika vårdboenden. Inklusionskriterier var 65 år eller äldre, som bott på vårdboendet 12 månader eller kortare tid. Exklusionskriterier var diagnos eller symptom på utveckling av avancerad irreversibel demens, terminalt sjukdomstillstånd med bortgång förväntad inom 24 veckor och kortvarig eller tillfällig vistelse på vårdboendet.</p> <p>Urval: Potentiella deltagare genomgick screening. Om ett värde över tio på Geriatric Depression Scale (GDS) och 19 på Mini-Mental State Examination (MMSE) uppmättes kunde inkludering ske. 24 äldre ville inte delta i studien. Deltagare randomiserades till experiment- eller kontrollgrupp.</p> <p>Slutlig studiegrupp: Män och kvinnor med en medelålder på 84,4 år. 44 deltagare i interventionsgruppen och 41 i kontrollgruppen. Under studiens gång föll tio deltagare bort från interventionsgruppen och 14 från kontrollgruppen.</p> <p>Datainsamlingsmetod: Mätningar gjordes med GDS, MMSE, Mood Assessment Subscale av MDS version 1 och Salomon-Conte Life Satisfaction in the Elderly Scale.</p> <p>Analysmetod: Statistiska analyser.</p>	<p>Styrkor: Tydligt beskrivet urval. Tydligt beskrivna inklusions- och exklusionskriterier. Användning av tillförlitliga instrument. Studerar både män och kvinnor. Tydlig bortfallsanalys. Deltagare från tre olika vårdboenden ger en ökad möjlighet till att generalisera resultat. Erhållna signifikanta skillnader.</p> <p>Svagheter: Bortfall (28 %) som försvårar möjligheten till att påvisa effekt. Blindning saknas, vilket ökar risken för bias.</p>	<p>Det var ingen signifikant interaktion mellan interventionen och tid. Det var en signifikant skillnad mellan interventions- och kontrollgruppen då interventionsgruppen hade en större förbättring av depressiva symptom mätt på GDS i jämförelse med kontrollgruppen. Resultaten påverkades inte av samtidig antidepressiv läkemedelsbehandling eller deltagarnas fysiska status. Socialt stöd hade ett signifikant samband med depressiva symptom mätt på GDS efter upprepade mätning (p= 0,0001). Deltagarna ansåg volontärprogrammet som väldigt positivt.</p>

Författare Artikels titel, tidskrift, land	Syfte	Design	Värdering	Resultat
<p>McDougall, G. J., Blixen, C. E. & Suen, L. J. (1997). The process and outcome of life review psychotherapy with depressed homebound older adults. <i>Nursing Research</i>, 46(5), 277-283.</p> <p>USA</p>	<p>Att utforska processen och utfallen av livshistoria i terapiform given av vidareutbildad geropsykiatrisk sjuksköterska till äldre utskrivna från psykiatriska sjukhus till hemvård.</p>	<p>Mix metod: Kvalitativ och kvantitativ metod. Design: Icke-experimentell.</p> <p>Intervention: De äldre fick uppföljning i hemmet av en vidareutbildad sjuksköterska genom terapi i kortare form. Sjuksköterskan tog anteckningar av subjektiv och objektiv karaktär under varje tillfälle. Livshistoria användes för att de äldre skulle få djupare insikter och uppnå sina mål. Frågor ställdes om tidigare negativa livshändelser, starka känslor, olösta konflikter och skuldkänslor.</p> <p>Population: Deltagarna skulle erhålla hemvård, vara diagnostiserade med depression, vilja delta i terapi i hemmet efter utskrivning från sjukhus under 30-60 min. Delta i minst en och max tre sessioner per vecka under 60 dagar samt kunna tala engelska och höra talade ord. Deltagare med diagnos för demens, psykos och personlighetsstörningar exkluderades.</p> <p>Urval: Hembesök genomfördes hos 101 patienter som var 65 år eller äldre och var utskrivna till hemmet från tre fristående psykiatriska sjukhus. 80 patienter av dessa uppfyllde sedan inklusionskriterierna..</p> <p>Slutlig studiegrupp: Studiegruppen bestod av 54 kvinnor och 26 män med en medelålder av 74,15 år. De flesta av deltagarna var änkor och levde ensamma. Kvinnorna genomgick fler sessioner än männen.</p> <p>Datainsamlingsmetod: Datainsamlingen utfördes genom analys av terapianteckningar.</p> <p>Analysmetod: Innehållsanalys. Statistiska analyser.</p>	<p>Styrkor: Tydligt beskrivna urvalskriterier och urval. Relevant och strategiskt urval. Tydligt beskrivna metoder för datainsamling. Diskussion om metodologiska brister och risk för bias. Visar på reproducerbarhet genom att två expertbedömare granskade kodförfarandet. Visar på stabilitet genom omkodning av samma data vid olika tillfällen. Resultat presenteras i förhållande till teoretisk referensram. Presenterade citat som visar på trovärdighet genom studiedeltagares exakta beskrivning av ett fenomen återges. Erhållna signifikanta skillnader. Svagheter: Inget beskrivet bortfall. Resultaten diskuteras inte med deltagarna.</p>	<p>Kategorin obemyndigande innehöll teman i form av oro, förnekande, förtvivlan, hjälplöshet, isolering, ensamhet och förlust. Under den tidiga delen av terapin var obemyndigande teman dominant. När terapin fortsatte minskade antal obemyndigande teman signifikant ($p < 0,0001$).</p>

Författare Artikels titel, tidskrift, land	Syfte	Design	Värdering	Resultat
<p>Tsai, Y., Wong, T., Tsai, H. & Ku, Y. (2008). Self-worth therapy for depressive symptoms in older nursing home residents. <i>Journal Of Advanced Nursing</i>, 64(5), 488-494.</p> <p>Taiwan</p>	<p>Syftet med studien var att utvärdera effekterna av egenvärdesterapi på depressiva symtom bland äldre på ett vårdboende.</p>	<p>Kvantitativ metod: Kvasi-experimentell design.</p> <p>Intervention: En sjuksköterska utförde egenvärdesterapi som kombinerade utbildning om strategier för att själv kunna hantera depressiva symptom och värdighetsterapi. Egenvärdesterapin gavs individuellt under 30 minuter, en gång i veckan under fyra veckor. Kontrollgruppen fick besök av en annan sjuksköterska som pratade med varje deltagare en gång i veckan under 30 minuter.</p> <p>Population: Deltagarna skulle inte ha någon kognitiv nedsättning, uppnå 16 poäng eller högre på skalan Mini Mental State Examination (MMSE) för de utan formell utbildning, och 20 poäng eller högre för de med grundskole- och akademisk utbildning. Deltagarna skulle sedan ha poäng mellan 10- 30 på Geriatric Depression Scale (GDS) och inga aktuella ändringar av antidepressiva läkemedel under de tre månaderna som studien genomfördes.</p> <p>Urval: Äldre rekryterades av sjuksköterskor genom bekvämlighetsurval från ett vårdhem i norra Taiwan. 55 randomiserades till kontrollgrupp och 56 till interventionsgrupp. Bland deltagarna i kontrollgruppen slutförde inte 23 deltagare studien. Bland deltagarna i interventionsgruppen slutförde inte 25 deltagare studien.</p> <p>Slutlig studiegrupp: Totalt 32 deltagare i kontrollgruppen och 31 deltagare i interventionsgruppen. Deltagarna i interventionsgruppen var i genomsnitt 78,5 år, de flesta var kvinnor och änkor och mindre än hälften hade ingen formell utbildning. Deltagarna i kontrollgruppen var i genomsnitt 76,5 år, de flesta var kvinnor och änkor och över hälften hade ingen formell utbildning. Deltagare i interventionsgruppen hade statistiskt signifikant högre värden av depressiva symptom vid studiestart i jämförelse med deltagare i kontrollgruppen ($p=0.03$).</p> <p>Datainsamlingsmetod: Instrument som användes var GDS, MMSE och Barthel Index.</p> <p>Analysmetod: Statistiska analyser.</p>	<p>Styrkor: Tydligt beskrivet syfte. Tydligt beskrivna inklusionskriterier. Representativt urval. Erhållna signifikanta skillnader.</p> <p>Svagheter: Exklusionskriterier framgår inte. Blindning förekommer inte vilket ökar risken för bias. Stort bortfall vilket minskar urvalets representativitet, studiens interna validitet och försvårar överföring av resultat. Bortfallsanalys saknas. Ojämna jämförelsegrupper som kan ha påverkat effekten av interventionen.</p>	<p>Första mätningen direkt efter interventionen visade på en statistiskt signifikant minskning av värden på GDS jämfört med innan interventionen bland deltagare i både interventions- och kontrollgruppen ($p < 0,001$). En statistiskt signifikant minskning av värden på GDS gick att tyda vid andra mätningen två månader efter interventionen i jämförelse med värden vid studiestart, bland både deltagare i interventionsgruppen ($p < 0,001$) och kontrollgruppen ($p < 0.01$). Minskningen av värdena var större bland deltagare i interventionsgruppen</p>

Författare Artikels titel, tidskrift, land	Syfte	Design	Värdering	Resultat
<p>Wang, J. J. (2004). The comparative effectiveness among institutionalized and non-institutionalized elderly people in Taiwan of reminiscence therapy as a psychological measure. <i>Journal of Nursing Research</i>, 12(3), 237-244.</p> <p>Taiwan</p>	<p>Att utforska de jämförbara effekterna av reminiscensterapi på självkänsla, uppfattning av egen hälsa, depressiva symptom och humör bland äldre människor som bor inom långvårdsverksamhet och i hemmet.</p>	<p>Kvantitativ metod: Kvasi-experimentell design.</p> <p>Intervention: Forskarna som var sjuksköterskor genomgick utbildning inför genomförande av reminiscens. Deltagarna träffade forskaren individuellt under 45-60 minuter varje vecka över en tid av 16 veckor. Data samlades in innan och efter interventionen. Deltagaren fick prata om valfritt ämne ur det tidigare livet. Gamla föremål användes för att väcka gamla minnen och stimulera till konversation.</p> <p>Population: Inklusionskriterier var äldre med en ålder av 65 år eller äldre, kapabla till verbal kommunikation, förmåga att tala mandarin eller taiwanesiska och att de inte uppvisade några kognitiva funktionsnedsättningar.</p> <p>Urval: Stickprovsurval, tills varje grupp nådde önskat antal deltagare. 52 individer gick med på att delta i studien, men endast 48 av dessa deltog under hela studien.</p> <p>Slutlig studiegrupp: Män och kvinnor i åldern 65-95 år. Över hälften var analfabeter. Ungefär hälften hade förlorat make/maka. En större del av änkorna gick att se i den gruppen av äldre inom långvård (institutionaliserade gruppen). 25 deltagare var i gruppen av äldre inom långvård och 23 deltagare var i gruppen för äldre som bodde i hemmet (icke-institutionaliserade).</p> <p>Datainsamlingsmetod: Instrument som användes var Rosenberg's Self-esteem Scale (RSE), Health Perception Scale (HPS), Geriatric Depression Scale Short Form Chinese version (GDS-SF) och Apparent Emotion Rating Scale (AER).</p> <p>Analysmetod: Statistiska analyser.</p>	<p>Styrkor: Beskrivna inklusionskriterier. Representativt urval. Beskriven bortfallsstorlek. Beräknad reliabilitet och validitet av använda instrument. Erhållna signifikanta skillnader. Studien omfattar både äldre inom långvård och äldre i hemmet vilket innebär att resultat kan överföras till dessa grupper.</p> <p>Svagheter: Inga beskrivna exklusionskriterier. Svag bortfallsanalys. Selektionsbias (ojämna jämförelsegrupper). Studiegrupperna var inte särskilt stora vilket försvårar generalisering av resultat och ger studien minskad power. Ingen tydligt beskriven analysmetod.</p>	<p>När effektiviteten av interventionen mättes på GDS-SF genom att jämföra värden mellan äldre inom långvård och äldre i hemmet, visade det inte någon signifikant skillnad mellan grupperna på depressiva symptom ($p=0,28$). Signifikanta skillnader gick däremot att tyda på depressiva symptom enligt GDS-SF vid mätning innan och efter interventionen hos äldre inom långvård då depressiva symptom hade minskat signifikant bland dessa äldre efter interventionen ($p=0,009$). Det gick inte att se någon sådan signifikant skillnad ($p>0,05$) bland äldre i hemmet.</p>

Författare Artikels titel, tidskrift, land	Syfte	Design	Värdering	Resultat
<p>Wang, J. J. (2005). The effects of reminiscence on depressive symptoms and mood status of older institutionalized adults in Taiwan. <i>International Journal Of Geriatric Psychiatry</i>, 20(1), 57- 62.</p> <p>Taiwan</p>	<p>Syftet var att undersöka effekterna av reminiscens på depressiva symtom och sinnesstämning bland äldre inom långvårdsverksamhet.</p>	<p>Kvantitativ metod: Kvasi-experimentell design.</p> <p>Intervention: Interventionsgruppen träffade forskaren individuellt varje vecka under fyra månader, cirka 30-45 minuter. Ostrukturerad reminiscens genomfördes. Gamla föremål användes för att återkalla minnen och stimulera till samtal. Kontrollgruppen träffade endast forskaren för datainsamling.</p> <p>Population: Inklusionskriterierna innefattade äldre med en ålder på 65 år eller äldre och förmåga till verbal kommunikation. Deltagarna skulle även kunna tala mandarin eller taiwanesiska och inte ha några kognitiva nedsättningar.</p> <p>Urval: Studiedeltagare som vårdats över en period av fem år rekryterades från ett vårdboende i Taiwan. 61 personer valdes ut, men endast 55 uppfyllde inklusionskriterierna. Deltagarna randomiserades till två studiegrupper. Bortfall på sju deltagare på grund av två dödsfall, fyra sjukhusinläggningar och flytt till annan institution.</p> <p>Slutlig studiegrupp: Studiegruppen bestod av 48 deltagare med ålder på 65-93 år och en medelålder på 75,9 år. Totalt 25 deltagare i interventionsgruppen och 23 i kontrollgruppen. De flesta av studiedeltagarna var män, analfabeter, lågutbildade och hade varit med om krig. Inga deltagare hade medicinering med antidepressiva läkemedel.</p> <p>Datainsamlingsmetod: Instrument som användes var Geriatric Depression Scale Short Form Chinese version (GDS-SF) och Apparent Emotion Rating Scale (AER).</p> <p>Analysmetod: Statistiska analyser.</p>	<p>Styrkor: Tydligt beskrivet syfte. Tydligt beskrivna inklusionskriterier. Likvärdiga grupper vid start. Användning av tillförlitliga instrument. Enkelblindning av studiedeltagare. Bortfallsanalys tydligt beskriven. Olika statistiska mått användes vilket styrker skillnaderna.</p> <p>Svagheter: Exklusionskriterier framgår inte. Studiedeltagare var endast från ett vårdboende vilket försvårar överföring av resultat.</p>	<p>Depressiva symptomen minskade signifikant bland deltagare i interventionsgruppen efter reminiscens vid jämförelse med kontrollgruppen ($p < 0,05$). Signifikanta skillnader på effektivitet av reminiscens gick att tyda på jämförelse med värden innan och efter hos interventionsgruppen ($p < 0,01$). Ökade depressiva symptom mätt på GDS-SF gick att tyda bland 69,9 procent av deltagarna i kontrollgruppen och 64 procent av deltagarna i interventionsgruppen innan interventionen. Efter interventionen förändrades inte andelen deltagare som hade depression i kontrollgruppen enligt GDS-SF, medan en mindre andel deltagare i interventionsgruppen hade depression enligt GDS-SF efter interventionen.</p>