



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Förekomsten av fysisk aktivitet och sömn hos äldre män och kvinnor med och utan depression.

En kvantitativ studie i samarbete med Swedish National Study on aging and Care Blekinge.

Cajsa Adrian

Evelina Hellgren

Handledare: Johan Berglund och Mikael Rennemark

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona Maj 2018

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa,
Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad
Maj 2018

Förekomsten av fysisk aktivitet och sömn hos äldre män och kvinnor med och utan diagnosen depression.

Cajsa Adrian
Evelina Hellgren

Sammanfattning

Bakgrund: Medelåldern bland män och kvinnor ökar stadigt i Sverige samtidigt som psykisk ohälsa blir allt vanligare. Fysisk aktivitet och sömn är exempel på basala behov som ligger till grund för att uppnå en god hälsa. Sjuksköterskans uppgift är att motivera patienten genom att dela med sig av kunskaper och erfarenhet patienterna själva har möjlighet till förändringar och viljan till att tillfredsställa dessa behov.

Syfte: Att undersöka förekomsten av fysisk aktivitet och sömn hos äldre män och kvinnor med och utan diagnosen depression.

Metod: Designen är en kvantitativ deskriptiv tvärsnittsstudie i samråd med Swedish National Study on Aging and Care – Blekinges.

Resultat: Resultatet visade att förekomsten av lätt fysisk aktivitet var vanligare än intensiv fysisk aktivitet hos äldre. Den fysiska aktiviteten utförs i högre grad av kvinnor med diagnosen depression och mer av män utan diagnosen depression. Hos de som deltog i studien förekom också sömnstörningar oftare vid depression.

Slutsats: Sjuksköterskan bör motivera patienterna till förändringar med hjälp av omvårdnadsåtgärder. Detta kommer på lång sikt underlätta hälso- och sjukvården positivt eftersom medelåldern och den äldre befolkningen ökar. Fysisk aktivitet och god sömn är de grundläggande behov som minimerar och reducerar risken för depression hos män och kvinnor.

Nyckelord: Depression, fysisk aktivitet, sömn, äldre

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	3
Inledning	4
Bakgrund	6
Äldre personer	6
Depression hos äldre personer	7
Sömn hos äldre personer	8
Fysisk aktivitet hos äldre personer	9
Omvårdnad vid depression och omvårdnad till att främja god fysisk aktivitet och sömn	10
Omvårdnadsteori	12
Sammanfattning	12
Syfte	13
Metod	13
Design	13
Urval	14
Swedish National Study on Aging and Care – <i>SNAC</i>	14
Datainsamling	15
Dataanalys	16
Etiska överväganden	16
Resultat	17
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Bortfallsanalys	20
Sömn	21
Lätt fysisk aktivitet	21
Intensiv fysisk aktivitet	21
Resultatdiskussion	22
Hur ser sömnen ut hos män och kvinnor med depression i jämförelse med de utan depression?	22
Hur ser lätt fysisk aktivitet ut hos män och kvinnor med depression i jämförelse med de utan depression?	22
Hur ser intensiv fysisk aktivitet ut hos män och kvinnor med depression i jämförelse med de utan depression?	23
Sjuksköterskan och Virginia Hendersons teori	24
Begränsningar	24

Slutsats

24

Självständighet

25

Inledning

Andelen äldre personer ökar i Sverige och medellivslängden blir högre (Socialstyrelsen, 2017). Samtidigt som vi blir fler äldre ökar den psykiska ohälsan och det blir fler som lider av depression (Folkhälsomyndigheten 2016a; McDougall, 2007; Copeland et.al., 1999). Näst intill en fjärdedel av alla äldre personer har depressiva symtom (Defrancesco et al., 2017). Depression hos äldre personer leder till en försämrad livskvalité (ibid.) och medför bristande motivation och ett minskat intresse till att utföra fysisk aktivitet. Detta innebär ett hinder till ett gott välmående eftersom motion är en grundläggande del för människans psykiska hälsa (Bendetti, Borges, Petrosk & Goncalves, 2008). Depression har ett starkt samband med sömnsvårigheter (Kim et. al., 2009) och dessa tillstånd är också vanligt förekommande i samband med åldrandet (Tufan, Ilhan, Bahat & Karan, 2017). Både otillräcklig fysisk aktivitet och sömnstörningar har visat sig vara riskfaktorer till att utveckla depression (Strawbridge, Deleger, Roberts & Kaplan, 2002; Jaussent et.al., 2011). Det är viktigt att åtgärda sömnproblematik hos äldre personer i ett tidigt skede då det annars kan leda till en minskad fysisk aktivitet och en försämrad livskvalité (Rawtaer, Manhedran, Chan Lei & Kua, 2017). Rådgivning och stöd för att främja fysisk aktivitet i lagom dos är en omvårdnadsåtgärd som främjar en god sömn (Crowley, 2011; Asp & Ekstedt, 2014). Rawtaer, Manhedran, Chan Lei och Kua (2017) anger även att omvårdnadsåtgärder är att rekommendera framför läkemedelsanvändning för att främja en god sömn då det har en mycket god inverkan vid sömnstörningar hos äldre personer med depression (ibid.). Fysisk aktivitet minskar även depressiva symtom (Haslasher et. al., 2015) och ökar livskvaliteten (World Health Organization [WHO], 2017; & Ouellet & Morris, 2006).

Samtal och stöttning av sjuksköterska om allmänna levnadsvanor har visat sig vara betryggande och motiverande för patientens vilja att förändra sin livssituation (Rawtaer, Manhedran, Chan, Lei och Kua, 2017). Insikt och kunskap om sitt hälsotillstånd motiverar också vårdtagaren till att genomgå livsstilsförändringar för att uppnå en bättre hälsa (Nymberg & Drevenhorn, 2015). Sjuksköterskan bör inom ramen för omvårdnad utbilda patienterna om omvårdnadsåtgärder som kan främja de grundläggande behoven såsom fysisk aktivitet och sömn och även uppmuntra till autonomi (Kirkevold, 2002).

Syftet med studien är att undersöka förekomsten av fysisk aktivitet och sömn hos äldre män och kvinnor med och utan diagnosen depression. Detta bör undersökas då den äldre befolkningen ökar och då även den psykiska ohälsan. Vi vill studera förekomsten av den fysiska aktiviteten och sömnen hos äldre män och kvinnor med diagnosen depression, då dessa tre variabler präglas av varandra.

Bakgrund

Äldre personer

Äldre personer kategoriseras in i två grupper, så kallat den tredje fasen vilket speglar yngre äldre personer och som sträcker sig från 60-80 årsåldern samt den fjärde fasen som speglar de äldre äldre personer och som sträcker sig från 80 år och uppåt (Laslett, 1989, citerad i Romøren, 2010, s. s. 29-36). Åldrandet är en naturlig process som inte går att undvika, däremot går det att skjuta upp funktionsnedsättning och bevara den fysiska och mentala förmågan som kan minska i samband med åldrandet (WHO, u.å.). Att upprätthålla funktionell förmåga som låter äldre personer göra saker de värdesätter främjar hälsa och autonomi och skapar förutsättningar till ett hälsosamt åldrande (ibid.).

Socialstyrelsen (2017) anger att andelen äldre personer ökar stadigt i Sverige på grund av att färre barn föds och medellivslängden stiger. WHO (2015) tillägger även att antalet personer över 60 år förväntas öka från nio miljoner till två miljarder år 2050 bland annat på grund av framsteg inom läkemedelsutvecklingen (ibid.). Socialstyrelsens (2017) statistik visade att män idag har en medellivslängd på 81 år och kvinnor 84 år (ibid.) och enligt WHO (u.å.) är majoriteten av alla äldre kvinnor. Medelåldern påverkas inte bara av kön utan även av boendekommun, socioekonomiska faktorer, hälsostatus, socialtjänstens insatser och hälso- och sjukvårdens åtgärder (ibid.). Socialstyrelsen (2017) och WHO (2015) förklarar att den ökade medelåldern i befolkningen bidrar till ett ökat behov av sjukvård framförallt inom äldreomsorgen. Äldre personer är många gånger multisjuka, har kroniska sjukdomstillstånd och begränsad rörelseförmåga (ibid.). Ensamhet och social isolering har även visat sig vara vanligt förekommande hos den äldre befolkningen (Socialstyrelsen, 2017). Likaså psykisk ohälsa där 6-12% av Sveriges äldre befolkning lever med ångestsyndrom och cirka 150 000 individer med depression (Skoog, Waern, Sigström & Bucht, 2017). Folkhälsomyndigheten (2016a) uppger även att den psykiska ohälsan har blivit vanligare. Åldrandet är en riskfaktor till att bli deprimerad, främst bland kvinnor (Pellmer, Wramner & Wramner, 2012; APA, 1994; McDougall, 2007; Copeland et.al., 1999) och prevalensen av depression hos den äldre befolkningen är hög (McDougall, 2007; Copeland et.al., 1999). Äldre psykiskt sjuka patienter är ofta en bortglömd och ouppmärksammas grupp (Skoog

et.al., 2017). Skärsäter (2014) beskriver att det finns både psykologiska och biologiska faktorer som orsakar depression hos äldre personer. De äldre personerna genomgår ofta stora förändringar i livet såsom att de mist sin livspartner som kan leda till en depression. Den vanligaste orsaken till att få depression är att haft en tidigare depression (ibid.).

Depression hos äldre personer

WHO (2017a) definierar depression som en psykisk störning som karaktäriseras av en långvarig nedstämdhet, sorg och intresseförlust av aktiviteter som normalt sätt skulle intressera en person. Sjukdomstillståndet skapar ofta sömnstörningar som kan visa sig i mer eller mindre sömn, även ångest, hopplöshet, suicidala tankar och självmordshandlingar är vanligt förekommande (ibid.). Kvaal (2010) förklarar att beroende på antal och grad av symtom så delas depression in mild, måttlig och svår depression. De generella kriterierna för depression innebär att en depressiv episod har pågått i minst två veckor i följd samt att tidigare mani/hypomani eller blandtillstånd och organisk psykos uteslutits. Kärnsymtom för att diagnostisera en depression är nedstämdhet, nedsatt energi, lust och intresse av omgivningen eller ökad trötthet. Åtföljande symtom som nedsatt självförtroende eller självkänsla, skuld känsla, tankar om självmord, agitation eller hämning, sömnstörning och förändringar i aptit eller vikt (ibid.). Vid mild depression ska patienten uppnå de generella kriterierna samt ha två kärnsymtom och två åtföljande symtom. Vid måttlig depression ska patienten ha de generella kriterierna, två kärnsymtom och fyra åtföljande symtom. Vid svår depression ska patienten ha de generella kriterierna, tre kärnsymtom och fem åtföljande symtom (Kvaal, 2010). Kvaal (2010) hänvisar till Moksnes (2004) som beskriver att sjukdomstillståndet även kan kategoriseras in i lindrig, maskerad, demensliknande och atypisk depression. Lindrig depression förbises oftast och ses som en bagatell, däremot kan sjukdomen utvecklas till allvarigare stadier av depressiv sjukdom och förvärra somatisk sjukdom. Vid maskerad depression upplever patienten kroppsliga symtom men karaktäriseras inte av det sorgsna stämningläget. Demensliknande depression kan blandas ihop med demenssjukdom på grund av att dessa patienter ofta har koncentrationssvårigheter. Atypisk depression visar sig inte genom symtom som är vanliga vid depression. Symtomen här kan istället vara viktökning, ökad aptit, lite sömn, ångest och oro (ibid.).

Sammanfattningsvis ökar andelen äldre personer stadigt i samband med att medelåldern höjs hos både män och kvinnor. Den ökade andelen äldre i befolkningen och ökade psykiska ohälsan kommer i framtiden att sätta stor press på hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen.

Det är viktigt att uppmärksamma psykisk ohälsa såsom depression i samband med åldrandeprocessen. Sömnsvårigheter är vanligt förekommande vid åldrandet och depression, därför är det viktigt att sjuksköterskan arbetar för att främja en god sömnkvalitet.

Sömn hos äldre personer

Det är vanligt med sömnstörningar bland äldre personer (Tufan, Ilhan, Bahat & Karan, 2017). Sömnstörningar är vanligare hos kvinnor än hos män (Hellström, 2013; Doghramji, 2006; Folkhälsomyndigheten, 2016a). Ranhoff (2010) hänvisar till Bjornvatn och Fetveit (2003) som hävdar att i princip hälften av alla över 65 år säger sig lida av sömnstörningar (ibid.). Dålig sömn är ett tidigt tecken på att något i kroppen är i obalans (Skärsäter, 2014). Sömn är vår viktigaste källa till återhämtning och påverkar den allmänna hälsan (ibid.). Sömlängden och andelen djupsömn minskar vanligtvis med åldern (Crowley, 2011; & Asp & Ekstedt, 2014). I stället för en djupsömn upplever äldre personer oftast en mer splittrad nattsömn och känner sig ofta sömniga under dagen, detta tyder på att dygnsrytmen blivit sämre (ibid.), detta på grund av en sviktande funktion i hypotalamus som styr dygnsrytmen (Ranhoff, 2010). Äldre personer blir därför tröttare på kvällen och vaknar tidigare på morgonen och får en ytligare sömn (ibid.). Sömnstörningar hos äldre personer blir lätt kroniska och det kan bero på olika orsaker (Ranhoff, 2010), såsom sömnnapné, domningar, sjukdomar, psykiatriska tillstånd, farmakologiska interaktioner eller psykosociala faktorer (Crowley, 2011; Ranhoff, 2010). De kroniska sömnsvårigheterna kan leda till inlärningssvårigheter, minnesrubbnings och försämrad uppmärksamhetsförmåga (Crowley, 2011).

Ranhoff (2010) hänvisar också till Ancoli-Israel (1997) som definerar sömnstörningar utifrån forskningssammanhang, där sömnsvårigheter definieras när ett av följande kriterier är uppfyllt: då insomningstiden är längre än 30 minuter, sömnen störs av fler än tre uppvaknande per natt, eller uppvaknandena varar i 30 minuter eller mer, för tidigt uppvaknande på morgonen och total sömntid är mindre än 6 timmar. Hos äldre personer är det oftast kombinationen av dessa kriterier som orsakar sömnstörningar då nästan hela den äldre befolkningen uppfyller dessa kriterier. Sömnstörningar är svårt att definiera då det är en subjektiv upplevelse som är svårt att mäta objektivt. Däremot är den mest lämpliga definitionen på sömnstörningar att sömnen är otillräcklig och varaktig trötthet upplevs (Ranhoff, 2010).

Forskning visar att sömnlöshet är starkt associerad med förekomsten av depression (Kim et.al., 2009). Det finns inget sätt att kontrollera sömnen däremot finns det sätt att styra till att få en god sömn. Fysisk aktivitet i lagom lindrar trötthet och främjar god sömn (Crowley, 2011; Asp & Ekstedt, 2014).

Fysisk aktivitet hos äldre personer

Äldre personer bör vara aktiva i minst 150 minuter per vecka med en måttlig intensitet (Stuck, Walthert, Nikolaus et. al., 1999). Det är ungefär lika många män och kvinnor som uppnår dessa 150 aktiva minuter i veckan (Folkhälsomyndigheten, 2016c). Fysisk aktivitet för äldre personer behöver nödvändigtvis inte bestå av fysisk träning utan kan med fördel vara vardagliga sysslor (Nilsson, Nilsson, Färggren-Räftegård, & Åkeson, 2009).

Vid en befolkningsundersökning som gjorts i Sverige visade det sig att hälften av de över 65 år var mindre intresserade av att öka sin fysiska aktivitet. Bland de som ville öka sin fysiska aktivitet var det flest kvinnor (Folkhälsomyndigheten, u.å.). Äldre personer bör träna balansen, styrka och rörligheten minst tre eller fler gånger i veckan (Stuck, Walthert, Nikolaus et. al., 1999). Forskning påvisar framför allt att styrketräning främjar sömnkvalitén, lindrar depression och ökar livskvaliteten hos äldre personer utan att övrig vardagsaktivitet ökar (WHO, 2017; & Ouellet & Morris, 2006). De personer som inte kan utföra rekommendationerna på fysisk aktivitet på grund av deras ohälsotillstånd bör vara så fysiskt aktiva som deras hälsotillstånd tillåter (WHO, 2017). Gruppträning med både lätt och hög intensitet är att föredra hos äldre personer då det minskar riskerna för sömnstörningar i jämförelse med de som inte deltar i någon aktivitet alls (Endeshaw & Yoo, 2017). Sahin et. al. (2018) menar att intensiteten på den fysiska aktiviteten inte har märkbar betydelse i relation till depression.

Smagula et. al. (2015a) beskriver att otillräcklig fysisk aktivitet är förknippat med depressiva symtom (ibid.). Detta stärks i deras tidigare studier då de deltagande som hade depressiva symtom tenderar att vara äldre, har sämre sömnkvalitet och är mindre fysiskt aktiva (Smagula et.al., 2015b). Fysisk aktivitet gör människan på bättre humör (Haslasher et. al., 2015), detta stärks också i Folkhälsomyndigheten (2016b) som utifrån en studie gjord av Heinzl, Lawrence, Kallies, Rapp och Heissel (2015) skriver att regelbunden fysisk aktivitet lindrar depression hos äldre personer (ibid.).

Sammanfattningsvis föreligger det ett samband mellan fysisk aktivitet och en god psykisk hälsa, oavsett intensitet och form. Schuch et al. (2016) menar att fysisk aktivitet är en främjande åtgärd för både individ och hälso- och sjukvården för behandling av depression hos äldre personer.

Omvårdnad vid depression och omvårdnad till att främja god fysisk aktivitet och sömn

Sjuksköterskans målsättning i ett patientfall med depression är att lindra samt reducera symtom och ohälsa samt lära patienten att hantera sin sjukdom (Skärsäter, 2014). Depression behandlas ofta med läkemedel, trots att det finns evidens till att fysisk aktivitet och samtal kan vara bra för äldre personer med depression (Kok & Reynolds, 2017). Motiverande samtal (motivational interviewing [MI]) är ett arbetssätt som har påvisat beteendeförändring som förbättrar livskvalitet och hälsa (Rubak, Sandbaek, Lauritzen & Christensen, 2005). MI används även för att främja en god fysisk aktivitet (ibid.). Att vara öppen och kunna dela med sig av sina upplevelser och tankar är viktigt för att bilda en god relation mellan patient och sjuksköterska (Hupcey & Morse, 1997). Sjuksköterskans hälsofrämjande arbetssätt bidrar till hopp hos patienten om att förändring är möjligt (Blomberg & Hedelin, 2007; Skärsäter & William, 2006; Svedberg, Jormfeldt & Arvidsson, 2003).

Svensk sjuksköterskeförening ([SSF] 2017) lyfter fram sjuksköterskans kännedom om fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS), som är ett individanpassat hjälpmedel, inför den skriftliga ordinationen fysisk aktivitet på recept som kallas FaR. Olika typer av samtalstekniker används för att motivera och stärka patientens motivation till fortsatt aktivitet (ibid.). FYSS beskriver rekommendationer om fysisk aktivitet för äldre personer, ohälsotillstånd såsom sjukdomar, sömn och stress i relation till fysisk aktivitet och biologiska effekter. Det finns även riktlinjer för evidensbaserad rekommendation för fysisk aktivitet inom olika sjukdomstillstånd som bland annat neurologiska sjukdomar, kroniska smärttillstånd, inflammatoriska sjukdomar samt psykiatriska och beroendetillstånd (Anderssen et al., 2017). Sjuksköterskan bör rekommendera fysisk aktivitet då det är en bidragande faktor till god sömn (Janson, 2017). Vid fysisk aktivitet förbrukas stresshormonerna som individen samlat på sig under dagen. Efteråt kan kroppen slappna av, däremot bör man inte vara fysiskt aktiv tre timmar före sänggående av den anledningen att det tar en stund för kroppen att komma ner i varv (ibid.).

Janson (2017) förespråkar att sömnstörningar i första hand bör stödjas via omvårdnadsåtgärder framför läkemedel. Patientens allmänna levnadsvanor bör ses över och förbättringsåtgärder i relation till sömn är aktuellt. Enskilda samtal eller i grupp där känslor, tankar och fakta om sömn berörs har visat sig vara en god vägledning till förbättrad sömn. Att skriva en sömndagbok och få in regelbundna rutiner vid uppvaknande och insomning är att rekommendera. Även förståelse för sina individuella sömnsvårigheter och avslappning är relevant i relation till sömnsvårigheter. Det är av central betydelse att uppföljning av sömn sker där förändringar patienten gjort efter sina egna mål och förutsättningar ses över (ibid.).

Carter och Olshan-Perlmutter (2014) skriver utifrån Bemis (2013) artikel där det beskrivs att Smith (1979) utvecklade National Acupuncture Detoxification Association (NADA) protokollet där nålar sätts på fem olika punkter i örat vilket är Shen men, sympatikus, njure, lever och lunga. Carter och Olshan-Perlmutter (2014) beskriver funktionen av de fem punkterna utifrån Landgren (2008) där sympatikus-punkten är relaterad till störningar i både sympatiska och parasympatiska nervsystemet och har en stark smärtlindrande och avslappnande effekt på organen och att blodkärlen dilateras. Shen men reglerar stimulering och hämning av hjärnbarken. Lungan används för smärtlindringar, svettningar och stimulerar till en god andning. Leverns funktion grundar sig på symtom i samband med dålig leverfunktion och inflammation. Njuren stimulerar njuren och kan lindra mental trötthet och huvudvärk (ibid.). Behandlingen är en terapeutisk form utan biverkningar (Geib, Rieger, Joos, Eschweiler & Metzger, 2017; Carter, Olshan-Perlmutter, Norton & Smith, 2011). Patienter upplever en ökad livskvalité samt förbättring av depression och sömnkvalitet av NADA (ibid.). Bergdahl, Berman och Haglund (2012) framför även att NADA bidrar till en minskad trötthet och ökad förmåga att hantera vardagliga sysslor. NADA har också en ångestreducerande verkan och kan vara ett komplement till läkemedelsanvändning. Sjuksköterskan kan med enkelhet administrera akupunktur nålar som psykiatriska behandlingar då det är en mindre samhällskostnad och utan biverkningar (ibid.).

Sjuksköterskan bör lyfta fram omvårdnadsåtgärder såsom icke-farmakologiska behandlingsmetoder och alternativ för att vägleda och främja till god sömn och ökad fysisk aktivitet, vilket är människans grundläggande behov.

Omvårdnadsteori

Virginia Hendersons teori om omvårdnadens grundprinciper beskriver sjuksköterskans speciella funktion som baseras på tre viktiga tankegångar vilka representerar åtgärder som är nödvändiga för en god hälsa, tillfrisknande och en fridfull död (Kirkevold, 2000). Teorin grundas i att hjälpa individen att utföra handlingar som hen hade gjort om kraft, vilja och kunskap hade funnits samtidigt som självständighet och oberoende bör främjas så att patienten själv klarar genomförandet på egen hand. Omvårdnadshandlingarna baseras på människans grundläggande behov och tillvaratagande på dessa. Behoven definieras av mat, boende, kläder, kärlek, uppskattning, att känna sig älskad, behövd och uppleva samhörighet med andra människor. Människor rangordnar behoven olika, därför är det betydelsefullt med ett personcentrerat handlingsätt. Henderson menar även att sociokulturell bakgrund, psykisk hälsa, fysisk aktivitet, vilja och motivation har en stor inverkan på de grundläggande behoven (Kirkevold, 2000).

Teorin lyfter fram 14 komponenter som representerar allmän omvårdnad, av dessa ingår bland annat att hjälpa patienten till vila och sömn, att personen ska få kontakt med andra och uttrycka sina känslor och behov samt utföra fritidsaktiviteter. Om individen saknar fysisk och psykisk kraft, vilja och kunskap bör sjuksköterskan främja autonomi. På så sätt uppfylls ett universellt mänskligt behov och hälsa upplevs (Kirkevold, 2000).

Hendersons teori baseras på att tillfredsställa människans grundläggande behov, vilket bland annat innefattar sömn, fysisk aktivitet och en god psykisk hälsa som är denna studiens bärande variabler. Då detta är de grundläggande behoven till ett gott välmående bör sjuksköterskan motivera och dela med sig av sina kunskaper till patienterna så de har möjlighet att uppleva dessa behov tillfredsställda.

Sammanfattning

Den psykiska ohälsan ökar och likaså den äldre befolkningen, vilket innebär att den psykiska ohälsan ökar hos den äldre befolkningen. Depression är vanligt hos den äldre befolkningen och tidigare forskning tyder på att otillräcklig fysisk aktivitet och sömnsvårigheter är en stor bidragande faktor till att utveckla depression och ett minskat välmående. Därför är det viktigt att sjuksköterskan förmedla kunskap kring hur viktigt det är med fysisk aktivitet och sömn till alla patienter och på alla arbetsplatser för att minska riskerna för psykisk ohälsa och öka chansen till att uppnå ett gott välmående. Exempelvis behövs det arbetas mer med

levnadsvanor i psykiatrisk omvårdnad då det påvisats vara viktigt för allas välmående. Det är även viktigt att sjuksköterskor vet hur de ska förhålla sig till omvårdnadsåtgärder och rekommendationer när det kommer till fysisk aktivitet och sömn hos äldre personer med depression. Detta stärks i Hendersons omvårdnadsteori då det är viktigt för varje individ att tillfredsställa de grundläggande behoven för ett gott välmående och om de inte kan tillfredsställa dessa grundläggande behoven själva bör sjuksköterskan främja autonomi. Kunskapsläget om hur fysisk aktivitet utövas och sömnvanor hos äldre personer med depressiv sjukdom relaterat de utan tillståndet är begränsat. För att få en tydligare bild hur fysisk aktivitet och sömn ser ut hos de äldre män och kvinnor som har diagnosen depression behöver detta studeras i befolkningen i jämförelse med äldre män och kvinnor utan diagnosen depression.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka förekomsten av fysisk aktivitet och sömn hos äldre män och kvinnor med och utan diagnosen depression.

Metod

Design

Studien var en kvantitativ deskriptiv tvärsnittsstudie och beskriver en viss population vid en specifik tidpunkt (Olsson & Sörensen, 2011). Denna studie kommer att bygga på data från individer mellan 60-96 år som definieras som äldre personer.

Studien utfördes inom ramen för studien Swedish National Study on Aging and Care (SNAC). SNAC är en svensk nationell longitudinell studie på äldre personer med avsikt att följa åldrandet relaterat vård och omsorgsinsatser i Sverige (Lagergren et al., 2004). Genom en longitudinell studie följs en grupp av individer under en längre tid (Olsson & Sörensen, 2011). Lagergren et al. (2004) beskriver att datainsamlingen i SNAC genomförs inom fyra geografiska områden i Sverige (Skåne, Blekinge, Stockholm och Hälsingland) och stöds av olika myndigheter, forskningsråd och universitet och högskolor (ibid.).

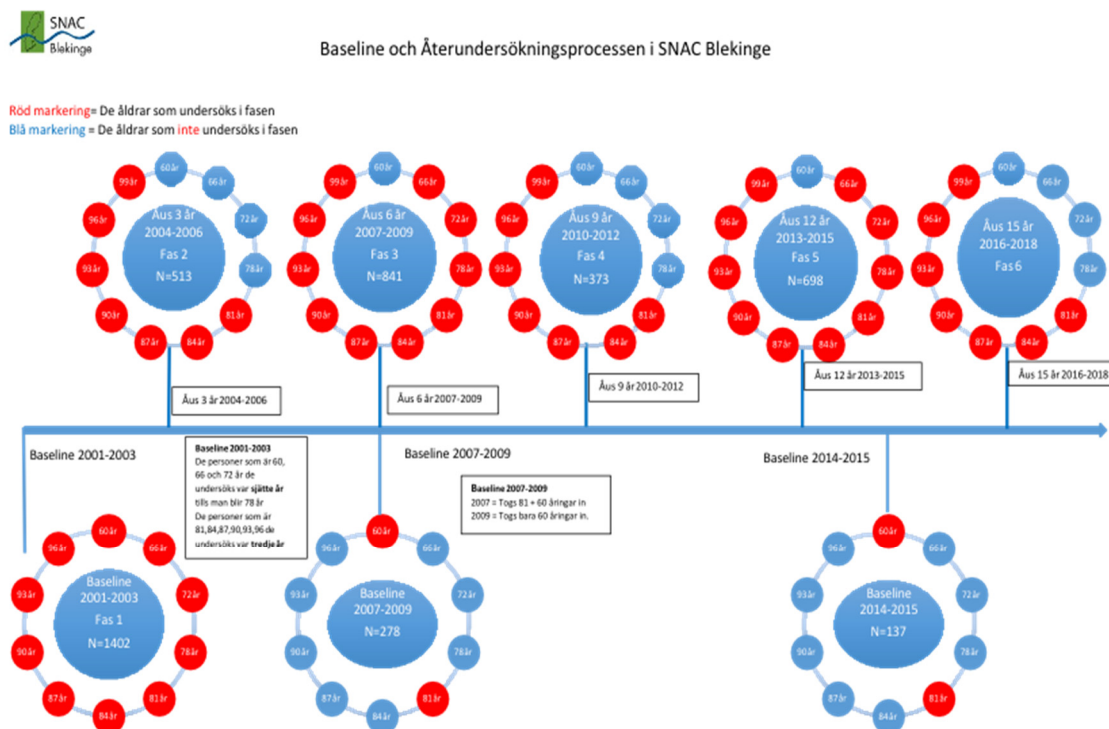
Resultatet i denna studie baserades på data från SNAC Blekinges (SNAC-B) baseline - undersökning (Lagergren et.al., 2004). Vid en kvantitativ metod användes statistik och siffror där avsikten är att beskriva och tydliggöra resultatet (Olsson & Sörensen, 2011).

I denna studie var syftet att undersöka förekomsten av fysisk aktivitet och sömnvanor hos äldre män och kvinnor med och utan diagnosen depression.

Urval

Swedish National Study on Aging and Care – SNAC

SNAC samlar in data på fyra olika platser i Sverige med syfte till att öka kunskapen kring äldrevården (Lagergren et.al., 2004). De personer som deltar i studien är från 60 år och uppåt och väljs slumpmässigt ut ur befolkningen. Dessa personer följs regelbundet, de yngre vart sjätte år och de äldre vart tredje år, genom upprepade hälsokontroller i form av intervjuer, enkätstudier och undersökningar. Vart sjätte år läggs det till en ny studiepopulation där nya 60-åringar bildar en ny kohort. Studien förväntas fortsätta i minst 30 år (ibid.). Denna studie baserade sig på data från SNAC-B baseline - undersökning 2001-2003. (Figur 1).



Figur 1. (U.Isaksson, personlig kommunikation, 27 november 2017).

SNAC-B baseline 2001-2003 bestod av en population på totalt 1402 personer varav 585 män och 817 kvinnor mellan 60-96 år. Av hela populationen omfattade studien 192 personer som hade diagnosen depression, varav 44 män och 148 kvinnor. Totalt var det 1197 personer som inte hade diagnosen depression, varav 537 var män och 660 kvinnor. Därutöver var det 13 personer som var bortfall, det vill säga saknade uppgift om diagnos depression (Tabell 1).

Tabell 1. Hur många äldre är det som har depression?

	Frekvens	Män	Kvinnor
Depression	13.7% (192n)	3.2% (44n)	10.7% (148n)
Ej depression	85.4% (1197n)	38.7% (537n)	47.5% (660n)
Bortfall	0.9% (13n)	0.68% (4n)	1.1% (9n)
Totalt	100% (1402n)	41.7% (585n)	58.3% (817n)

Datainsamling

Studien baserade sig på variabler som valdes utifrån syftet och som kommer från SNAC-B baseline 2001-2003, vars data hade samlats in genom enkäter, intervjuer, dataregister om till exempel diagnoser och sjukvårdskonsumtion och genom att deltagarna genomgått undersökningar av vårdpersonal (Lagergren et.al., 2004). Frågorna som besvarades av medverkande äldre var enkäter som representerade deras allmänna hälsotillstånd (ibid.). Data som samlades in från SNAC-B var sömnvanor utifrån SNAC. Livingstone, som är ett mätinstrument vars syfte är att mäta sömnstörningar utifrån åtta frågeställningar kring sömn där noll motsvarade ingen sömnstörning och 1 motsvarade sömnstörning (Livingstone, Blizard & Mann, 1993). Fysisk aktivitet med regelbunden lätt motion samt fysisk aktivitet med regelbunden intensiv motion där 1 innebär att personen "aldrig" är aktiv, 2 "aktiv en gång per månad", 3 "två-tre gånger per månad", 4 "flera gånger per månad", 5 "varje dag". Dessa slogs sedan ihop där 1-3 motsvarade att personen inte var fysisk aktiv och 4-5 motsvarade att personen var fysisk aktiv. Studien undersökte även depression i kombination med ovanstående variabler hos äldre män och kvinnor som deltog i SNAC. Studien har skett utan någon direkt kontakt till deltagarna vid datainsamling och analys.

Dataanalys

Dataanalysen bestod av deskriptiv statistisk analys som innebär enkla beräkningar med statistik av diagram (Olsson & Sörensen, 2011) där vi i vår studie valde att presentera resultatet i procentsatser. SPSS är ett datorprogram för statistisk analys (Polit & Beck, 2017) och i denna studien använde vi oss av statistikprogrammet IBM SPSS Statistics 25 vid analys och sammanställning (IBM SPSS Statistics for Windows, 2017). Data presenterades i form av frekvens- och korstabeller och variablerna som användes i studien var nominalskalenivå vilket innebär en gruppering eller klassificering av data, (Olsson & Sörensen, 2011) vilket innefattar våra variabler män, kvinnor samt diagnosen depression. Vi använde oss också av ordinalskalenivå i studien som innebär att svarsalternativen rangordnas, däremot framkommer inte storleksskillnaden mellan varje steg (ibid.), då vi i denna studien valde att slå ihop svarsalternativen 1-3 och 4-5 på variabeln fysisk aktivitet vilket innebär att vi inte längre vet storleksskillnaden mellan dessa.

Etiska överväganden

Alla deltagare i SNAC studien har gett skriftligt och muntligt samtycke om medverkan och hade möjlighet att avbryta sitt medverkande under forskningens gång (Lagergren et.al, 2004). SNAC har erhållit sitt etiska tillstånd från Etikkommittén vid Lund Universitets Medicinska fakultet, det finns två diarienummer: LU605-00 samt LU744-00. Data som användes till studien var avidentifierande och kunde därav inte kopplas till enskilda deltagare i studien (ibid.). Författarna i denna studie fick även skriva på att de fick ta del av avkodad variabeluttag.

Resultat

Totalt sett förekom sömnstörningar hos 73,5% av populationen och det visade sig att sömnstörningar är cirka 8% vanligare hos kvinnor än hos män. Sömnstörningar är vanligare vid depression. Om man tittar på de som har depression, visar det sig att det är procentuellt jämt fördelat mellan män och kvinnor (82,9% mot 84,6%) till skillnad från gruppen utan depression (67,5% mot 75,3%). Allt resultat kring sömnvanor för de med eller utan diagnosen depression framgår av Tabell 2.

Tabell 2. Hur ser sömnen ut hos män och kvinnor med depression i jämförelse med de utan depression?

	Totalt deltagande % (n)	Män % (n)	Kvinnor % (n)
Sömnstörningar	73,5% (953n)	68,7% (373n)	76,9% (580n)
Ej sömnstörningar	26,5% (344n)	31,3% (170n)	23,1% (174n)
Depression med sömnstörningar	84,2% (144n)	82,9% (34n)	84,6% (110n)
Depression med Ej sömnstörningar	15,8% (27n)	17,1% (7n)	15,4% (20n)
Ej depression med sömnstörningar	71,8% (809n)	67,5% (339n)	75,3% (470n)
Ej depression med Ej sömnstörningar	28,2% (317n)	32,5% (163n)	24,7% (154n)
Bortfall	7,5% (105n)	40,0% (42n)	60,0% (63n)
Total	100% (1402n)	41,7% (585n)	58,3% (817n)

Totalt sett utfördes lätt fysisk aktivitet hos 64.3% av populationen regelbundet och det visade sig att denna typ av aktivitet är lika vanligt förekommande hos kvinnor och män både med och utan depression. Det är inga större skillnader hos männens lätta fysiska aktivitet vid sjukdomstillståndet eller ej, däremot syns den största skillnaden bland kvinnor då det är 10% vanligare att inte vara fysiskt aktiv vid diagnosen depression än utan sjukdomstillståndet. Allt resultat kring lätt fysisk aktivitet för de med eller utan diagnosen depression framgår av Tabell 3.

Tabell 3. Hur ser lätt fysisk aktivitet ut hos män och kvinnor med depression i jämförelse med de utan depression?

	Totalt deltagande % (n)	Män % (n)	Kvinnor % (n)
Lätt fysisk aktiv	64.3% (699n)	63.8% (302n)	64.7% (397n)
Ej lätt fysisk aktiv	35.7% (388n)	36.6% (171n)	35.3% (217n)
Depression och lätt fysisk aktiv	58.7% (84n)	61.1% (22n)	57.9% (62n)
Depression och ej lätt fysisk aktiv	41.3% (59n)	38.9% (14n)	42.1% (45n)
Ej depression och lätt fysisk aktiv	65.1% (615n)	64.1% (280n)	66.1% (335n)
Ej depression och ej lätt fysisk aktiv	34.9% (329n)	35.9% (157n)	33.9% (172n)
Bortfall	22.5% (315n)	35.6% (112n)	64.4% (203n)

Totalt sett utfördes intensiv fysisk aktivitet hos 26.9% av populationen regelbundet och det visade sig att intensiv fysisk aktivitet är mer förekommande hos män än hos kvinnor. Vid depression är kvinnor mer intensivt fysiskt aktiva i jämförelse med män som i stället är mer intensivt fysiskt aktiva utan sjukdomstillståndet. Det syns ingen större skillnad hos kvinnors intensiva fysiska aktivitet med eller utan diagnosen depression. Däremot hos män syns en större skillnad där de som inte har diagnosen depression är 10% mer intensivt fysiskt aktiva än de utan diagnosen. Av hela populationen är det 70% som inte utför intensiv fysisk aktivitet regelbundet, vilket är ett intressant resultat. Allt resultat kring intensiv fysisk aktivitet för de med eller utan diagnosen depression framgår av Tabell 4.

Tabell 4. Hur ser intensiv fysisk aktivitet ut hos män och kvinnor med depression i jämförelse med de utan depression?

	Totalt deltagande % (n)	Män % (n)	Kvinnor % (n)
Intensivt fysisk aktiv	26.9% (269n)	30.3% (132n)	24.2% (137n)
Ej intensivt fysisk aktiv	73.1% (732n)	69.7% (304n)	75.8% (428n)
Depression och intensivt fysisk aktiv	24.6% (34n)	21.9% (7n)	25.5% (27n)
Depression och inte intensivt fysisk aktiv	75.4% (104n)	78.1% (25n)	74.5% (79n)
Ej depression och intensivt fysisk aktiv	27.2% (235n)	30.9% (125n)	24.0% (110n)
Ej depression och inte intensivt fysisk aktiv	72.8% (628n)	69.1% (279n)	76.0% (349n)
Bortfall	28.6% (401n)	37.2% (149n)	62.8% (252n)
Total	100% (1402n)	41.7% (585n)	58.3% (817n)

Diskussion

Metoddiskussion

Den kvantitativa designen bidrog till möjligheten att undersöka en stor population och därav kunna få en bredare och rättvisare bild av upptäckten om förekomsten av depression, fysisk aktivitet och sömn bland äldre i Blekinge, detta hade inte varit möjligt vid kvalitativ ansats då populationen är betydligt mindre. Personerna som deltog var för oss helt anonyma.

Anonymitet leder till att egna ställningstagande utesluts och inga egna paralleller kan dras samt att det inte finns någon möjlighet till att påverka deltagarna och på så sett kan resultatet bli mer objektivt och korrekt (Olsson & Sörensen, 2011). Data samlades in från SNAC-B baseline 2001-2003 och som representerar ett mellanstort län och på så vis ger en viss generaliserbarhet på hur det också kan se ut i övergripande Sverige (Lagergren et.al., 2004). Trots att val av design och att samplet är relativt stort finns det en mindre bra sak värt att lyfta fram vilket är att data i denna studie är 15-17 år gammal. På grund av att data är så pass gammal och att studien görs idag så kan det också bidra till ett missvisande resultat då vi vet att vi lever längre och blir äldre samt att den psykiska ohälsan ökat markant de senaste åren. Det kan därav vara fler som har depression i detta årtionde. Vilket gör att det också varit intressant att studera förekomsten av depression, fysisk aktivitet och sömn hos äldre och studera om det skiljer sig något i dagens samhälle i jämförelse med denna studien som baserar sig på data från 15-17 år sedan. Ett neutralt och objektivt tillvägagångssätt är betydelsefullt då olika individers resultat jämförs med varandra samt att forskningen ska kunna upprepas med samma resultat (Olsson & Sörensen, 2011).

Bortfallsanalys

Denna studie består av internt bortfall och det innebär att vissa frågor inte är besvarade (Olsson & Sörensen, 2011). Det bör göras en bortfallsanalys så länge bortfallet inte påvisats påverka resultatet. Är bortfallet i resultatet stort och det inte görs någon bortfallsanalys är resultatet inte generaliserbart (ibid.). Genom att ha med hela populationen som har depression ökar tillförlitligheten och felmarginalen minimeras (Olsson & Sörensen, 2011).

Sömn

Bortfallet kring sömnsvårigheter motsvarar 7.5% (105n) av 100% (1402n), vilket inte är ett stort bortfall. Där den större delen av bortfallet, det vill säga 60%, är kvinnor och de resterande 40% är män.

Frågorna angående sömnsvårigheter är många enligt Livingstone och alla kanske inte är medvetna om att de måste besvara alla frågor vilket kan leda till att de faller bort som bortfall eller att det blir för många frågor att besvara.

Lätt fysisk aktivitet

Bortfallet kring lätt fysisk aktivitet motsvarar 22.5% (315n) av 100% (1402n). Det är 28.8% större bortfall hos kvinnor än hos män. Det största bortfallet är bland kvinnor då det är 64.4%.

Intensiv fysisk aktivitet

Bortfallet kring intensiv fysisk aktivitet motsvarar 28.6% (401n) av 100% (1402n). Kvinnor står för 25.6% mer av bortfallet.

Kvinnor är till största del bortfallet i alla tre undersökningar. Anledningen till det stora bortfallet kring fysisk är oklart. Äldre har oftast någon form av funktionsnedsättning så att de inte kan utföra alla former av aktiviteter. Det kan även bero på att äldre inte är medvetna om definitionen av vad fysisk aktivitet innebär, såsom att även trädgårdsarbete eller hushållssysslor utgör en del. Det kan också bero på att de tycker att de inte passar in i någon av svarsalternativen.

Depression och psykisk ohälsa är svårt att upptäcka hos äldre, av den anledningen kan de som definieras som odiagnostiserade i studien också vara deprimerade. Den psykiska ohälsan kan se olika ut mellan olika län och städer i Sverige.

Resultatdiskussion

Hur ser sömnen ut hos män och kvinnor med depression i jämförelse med de utan depression?

Flera tidigare studier påvisar att det finns ett samband mellan depression och sömnstörningar (Pellmer, Wramner & Wramner, 2012; APA, 1994; WHO, 2017a). Detta framkommer också i denna studie där resultatet av samtliga deltagare med depression är fler som har sömnstörningar. Studien överenskommer också med tidigare forskning som anger att sömnstörningar är vanligt bland äldre (Tufan, Ilhan, Bathan & Karan, 2017) och även att sömnstörningar förekommer hos cirka hälften av alla över 65 år (Bjornvatn & Fetveit, 2003, refererad i Ranhoff, 2010) eftersom resultatet i denna studie visar att 73.5% lider av sömnstörningar. I denna studie framkom det att sömnstörningar hos äldre personer är mycket vanligt både i samband med depression och utan sjukdomstillståndet hos båda könen, det kan sättas i samband med att sömnkvaliteten generellt blir sämre med åldern (Crowley, 2011; & Asp & Ekstedt, 2014).

Det är något fler kvinnor som har sömnstörningar i samband med diagnosen depression. Hos män utan sjukdomstillståndet syns en större skillnad där det är färre som har sömnstörningar än de som har diagnosen depression. Sömnstörningar är vanligare hos kvinnor än hos män (Hellström, 2013; Doghramji, 2006; Folkhälsomyndigheten, 2016a), vilket visar sig i alla studiens kategorier där kvinnorna ligger lite i överkant oavsett depressionsdiagnos eller ej i jämförelse med män.

NADA, sömndagbok, motiverande samtal, rutiner och avslappningsövningar är omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan kan stötta patienten med för att uppnå en bättre sömnkvalité (Jansson, 2017; & Landgren 2008, refererad i Carter & Olshan-Perlmutter, 2014).

Hur ser lätt fysisk aktivitet ut hos män och kvinnor med depression i jämförelse med de utan depression?

I resultatet av alla deltagare utan diagnosen depression är det fler som säger sig vara lätt fysiskt aktiva, vilket överensstämmer med tidigare forskning som hävdar att äldre som har depressiva symtom tenderar vara mindre fysiskt aktiva (Smagula et.al., 2015a; Smagula et.al., 2015b). Resultatet stärks även på grund av Kvaals (2010) konstaterande för ökad trötthet och nedsatt energi vid depression.

Det är färre med depression som är lätt fysiskt aktiva. Hälso- och sjukvården har möjlighet till att åtgärda detta via insatser såsom FYSS och FaR som bidrar till en ökad motivation att utföra fysisk aktivitet (SSF, 2017) och även olika samtalstekniker för att motivera patienten till fysisk aktivitet (ibid.). Exempel på detta kan vara motiverande samtal (Rubak, Sandbaek, Lauritzen och Kristensen, 2005). Motiverande samtal hade även kunnat förändra tankesättet och motivationen till att utföra lättare fysisk aktivitet hos äldre personer då Folkhälsomyndighetens (u.å.) studie visar att cirka hälften av de över 65 år inte var villiga att öka den fysiska aktiviteten. Det hade även varit till fördel att börja arbeta mer med FYSS och FaR inom sjukvården och framförallt inom den psykiatriska omvårdnaden eftersom WHO (2017) och Ouellet och Morris (2006) lyfter fram att fysisk aktivitet lindrar depression och ökar livskvaliteten. Omvårdnadsåtgärden NADA kan också vara att föredra då det minskar trötthet och ökar förmågan att hantera vardagliga sysslor vilket i sin tur ökar den lätta fysiska aktiviteten (Bergdahl, Berman & Haglund, 2012).

Resultatet i denna studie tyder på att det generellt är 60% som är lätt fysiskt aktiva hos både kvinnor och män med och utan diagnosen depression. Detta resultat stämmer överens med folkhälsomyndighetens (2016c) påstående att det är lika många män och kvinnor är fysiskt aktiva.

Hur ser intensiv fysisk aktivitet ut hos män och kvinnor med depression i jämförelse med de utan depression?

Studien visar att det är få äldre, cirka 25%, som uppger sig vara intensivt fysiskt aktiva oavsett kön samt med och utan diagnosen depression. Detta kan bero på olika funktionsnedsättningar som uppstår i samband med ålderdom (WHO, u.å.). I samband med depression är kvinnor mer intensivt fysiskt aktiva i jämförelse med män med depression. Utan diagnosen depression visar studien motsatsen såsom att män som är mer fysiskt aktiva än kvinnor.

Sahin et. al. (2018) hävdar att intensiteten på den fysiska aktiviteten inte har någon uppenbar betydelse i samband med depression, utan det viktigaste är att vara röra på sig och vara aktiv. Vilket vi i denna studien ser att 60% av de äldre är lätt fysiskt aktiva, däremot tror vi på genom ett bättre arbete utifrån dessa omvårdnadsåtgärder hade hälso- och sjukvården kunnat få denna procenten att stiga.

Sjuksköterskan och Virginia Hendersons teori

Sjuksköterskan bör vägleda och motivera patienten till möjligheten att uppnå bästa möjliga hälsa (Kirkevold, 2000). Detta är av stor betydelse då de grundläggande behoven fysisk aktivitet, sömn samt en god psykisk hälsa är en förutsättning till att må bra (ibid.). Sömn har visat sig vara bristfällig hos äldre personer i både Crowleys (2011), Asp och Ekstedt och vår studie. Det genererar både hos de med och utan psykisk ohälsa som depression och leder till inaktivitet (ibid.). Socialstyrelsen (2017) påvisar att den äldre generationen förväntas att öka (ibid.). Genom tillämpning av omvårdnadsåtgärder för att tillfredsställa de grundläggande behoven bådär det inte endast gott för patienten utan är också ekonomiska och effektiva insatser främjan även ur hälso- och sjukvårdens perspektiv inför den kommande ökade generationen av äldre personer.

Begränsningar

Äldre har ofta andra former av ohälsotillstånd såsom sjukdomar, farmakologiska interaktioner eller funktionsnedsättningar som kan påverka deras sömn och fysiska aktivitet. Det är av den anledningen svårt att särskilja om det finns ett samband mellan depression och de äldres fysiska aktivitet och sömnvanor. Sömnstörningar behöver inte endast bero på depression eller fysisk aktivitet, äldre är många gånger multisjuka så sömnstörningar kan bero på annat. Äldre blir ofta sömninga under dagen och får därmed en sämre dygnsrytm (Crowley, 2011; & Asp & Ekstedt, 2014) vilket kan leda till att äldre sover kortare stunder på dagen och inte får en regelbundenhet i sin sömn. I studien har Livingstones mätinstrument använts där endast två poäng behövs för att definiera sömnstörning. Tidigare forskning menar även på att en god sömn är en subjektiv upplevelse, det är därför svårt att mäta data objektivt. Studien hade även ett stort bortfall på nästintill en fjärdedel av alla deltagare på variablerna lätt och intensiv fysisk aktivitet. I studien slogs svarsalternativen 1-3 och 4-5 på variabeln fysisk aktivitet vilket innebär att storleksskillnaderna på dessa inte publiceras.

Slutsats

En undersökning om förekomsten av fysisk aktivitet och sömn i jämförelse med och utan depression på äldre personer över 60 år har gjorts. Äldre personer utför mer lätt fysisk aktivitet vilket motsvarade cirka 60% av populationen än intensiv fysisk aktivitet som motsvarade cirka 25%, detta kan bero på att lätt fysisk aktivitet kan innebära vardagliga

sysslor. Generellt är den fysiska aktiviteten något större hos kvinnor i samband med depression och något större hos män utan sjukdomstillståndet. Resultatet visade att det är mer vanligt förekommande med sömnstörningar hos personer med diagnosen depression hos båda könen.

Omvårdnadsåtgärder är att föredra i första hand framför läkemedel av ekonomiska skäl för hälso- och sjukvården vilket även kommer underlätta i framtiden då den äldre befolkningen ökar. Omvårdnadsåtgärderna kan till fördel utföras i hemmet vilket är positivt då äldre personer många gånger har någon form av funktionsnedsättning eller andra somatiska sjukdomar som begränsar dem. Omvårdnadsåtgärderna har heller inga biverkningar gentemot läkemedelsbehandling. Sjuksköterskan bör uppmuntra patienten till att utföra fysisk aktivitet oavsett intensitet och efter patientens egen förmåga då aktivitet har en positiv effekt på depression. Fysisk aktivitet bidrar även till avslappning och resulterar i en bättre sömnförmåga vilket är positivt då båda dessa faktorer är viktiga förutsättningar som ingår i människans grundläggande behov för att uppnå en god hälsa. Uppföljning av insatser kring fysisk aktivitet och sömn är extra betydelsefullt hos personer med depression eftersom motivationen hos dessa patienter ofta är bristande.

Självständighet

Arbetet har i stort sett gjorts helt tillsammans vilket innefattar inledning, bakgrund, resultat och diskussion. Vi har också diskuterat varje stycke i arbetet med syftet att båda ska känna sig nöjda. Däremot ansvarade Cajsa till mesta del för finandet av artiklar till bakgrunden medan Evelina ansvarade för SPSS och för att få fram frekvens- och korstabeller samt metod delen.

Referenser

Anderssen, A. S., Henriksson, B. G., Bjerstam, M., Börjesson, M., Hagströmer, M., Jansson, E., ... Sundberg, J. C. (2017). *FYSS: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* [Broschyr]. Stockholm: Läkartidningens förlag AB. Från <http://www.skantzonline.com/lt/shop/default.asp>

APA, American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, D.C.: Author.

Asp, M. & Ekstedt, M. (2014). Trötthet, vila och sömn. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder – Hälsa och ohälsa* (s. 364-413). Lund: Studentlitteratur.

Benedetti, T. R., Borges, L. J., Petroski, E. L., & Gonalves, L. H. (2008). Physical activity and mental health of the elderly. *Rev Saude Publica*, 42(2), 302-310. Från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18327498>

Bergdahl, L., Berman, A. H. & Haglund, R. N. (2012). Patients' experience of auricular acupuncture during prolonged withdrawal. *Journal of Psychiatric and mental health nursing*, 21(2), 163-169. doi: 10.1111/jpm.12028

Blomberg, B. & Hedelin, B. (2007). Att få personlig vägledning - patienters erfarenheter av mötet med psykiatrisjuksköterska inom primärvården. *Vård i Norden*, 27, 25-29.

Carter, O. K., Olshan-Perlmutter, M., Norton, J.N., & Smith, O.M. (2011). NADA Acupuncture Prospective Trial in Patients with Substance Use Disorders and Seven Common Health Symptoms. *Medical Acupuncture*. 23(3). Från <https://doi.org/10.1089/acu.2010.0784>

Carter, K & Olshan-Perlmutter, M. (2014). NADA Protocol: Integrative Acupuncture in Addictions. *Journal of Addictions Nursing*. 25(4) 182-187. doi: 10.1097/JAN.0000000000000045

Crowley, K. (2011). Sleep and Sleep Disorders in Older Adults. *Neuropsychology Review*, 21(1), 41-53. Från <https://link-springer-com.miman.bib.bth.se/article/10.1007%2Fs11065-010-9154-6>

Defrancesco, M., Pechlaner, R., Kiechl, S., Willeit, J., Deisenhammer, E. A., Hinterhuber, H., Rungger, G., Gasperi, A., & Marksteiner, J. (2017). What characterizes depression in the age? Results from the Bruneck study. *Pharmacopsychiatry*, 46 (5), 483-498. doi: 10.1055/s-0043-119417

Doghramji, K. (2006), The epidemiology and diagnosis of insomnia. *World health care congress*. 12(8 Suppl) 214-20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/miman.bib.bth.se/pubmed/16686591>

Endeshaw, YW. & Yoo, W. (2017). Organized Social Activity, Physical Exercise, and the Risk of Insomnia Symptoms Among Community-Dwelling Older Adults. *Journal of aging and health*, 00(0), 1-13 doi: 10.1177/0898264317747705

Folkhälsomyndigheten. (2016a, juni). Livsvillkor & levnadsvanor. Statistik över vuxnas psykiska hälsa. Hämtad 10 april, 2018, från Folkhälsomyndigheten, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/vuxnas-psykiska-halsa/>

Folkhälsomyndigheten. (2016b). Fysisk träning kan minska depression hos äldre [Broschyr]. Solna: Folkhälsomyndigheten. Från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/bab7ecf7462e444c9bd2c14ac2c5eaed/utblick-folkhalsa-fysisk-traning-bland-aldre.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2016c, november). Folkhälsorapportering & statistik. Fysisk aktivitet. Hämtad 10 april, 2018, från Folkhälsomyndigheten, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/levnadsvanor/fysisk-aktivitet/>

Folkhälsomyndigheten. (u.å.). Rekommendationer. Attityder till fysisk aktivitet. Hämtad 10 april, 2018, från Folkhälsomyndigheten, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/far/rekommendationer/attityder-till-fysisk-aktivitet/>

Geib, J., Rieger, M.A., Joos, S., Eschweiler, G.W. och Metzger, F.G. (2017). [Implementation of auricular acupuncture by the NADA protocol in geriatric patients

suffering from major depression : A mixed methods feasibility study]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 50(4) 316-324. doi: 10.1007/s00391-016-1047-8

Haslacher, H., Michlmayr, M., Batmyagmar, D., Perkmann, T., Ponocny-Seliger, E., Scheichenberger, V., ... Winker, R. (2015). Physical exercise counteracts genetic susceptibility to depression. *Neuropsychobiology*. 71(3), 168-75. doi: 10.1159/000381350

Hellström, A. (2013). Insomnia symptoms in elderly persons - assessment, associated factors and non-pharmacological nursing interventions. *Division of Nursing*. Lund: University.

Hupcey, J. E. & Morse, J.M. (1997). Can a professional relationship be considered social support? *Nursing Outlook*, 45(6), 270-276.

IBM SPSS Statistics for Windows. (2017). (Version 25). IBM Corp. in Armonk, NY.

Kim, J.-M., Stewart, R., Kim, S.-W., Yang, S.-J., Shin, I.-S., & Yoon, J.-S. (2009). Insomnia, depression, and physical disorders in late life: a 2-year longitudinal community study in Koreans. *Sleep*, 32(9), 1221–1228.

Kok, R.M., & Reynolds, C.F. (2017). Management of Depression in Older Adults: A Review. *JAMA*, 317(20), 2114-2122. doi: 10.1001/jama.2017.5706.

Kvaal, K. (2010). Ångest och depression. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk omvårdnad – God omsorg till den äldre patienten* (s. 377-388). Stockholm: Liber AB.

Lagergren, M., Fratiglioni, L., Hallberg, I. R., Berglund, J., Elmståhl, S., Hagberg, B., ... Wimo, A. (2004). A longitudinal study integrating population, care and social services data. The Swedish National study on Aging and Care (SNAC). *Aging clinical and experimental research*, 16(2), 158-68. Från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mimam.bib.bth.se/pubmed/?term=A+longitudinal+study+integrating+population%2C+care+and+social+services+data.+The+Swedish+National+study+on+Aging+and+Care>

Janson, A. (2017). *Sov bra - utan sömnmedicin*. [Broschyr]. Olofström: Mixi Print AB. Från <https://www.1177.se/Dokument/Blekinge/faktaochrad/S%C3%B6mn/Sov%20bra%202017.pdf?epslanguage=sv>

Jausset, I., Bouyer, J., Ancelin, M.L., Akbaraly, T., Pérè, K., Ritchie, K., Besset, A. & Dauvilliers, Y. (2011). Insomnia and Daytime Sleepiness Are Risk Factors for Depressive Symptoms in the Elderly. *Sleep*. 34(8) 1103–1111. doi: 10.5665/SLEEP.1170

Nilsson, E., Nilsson, S., Färggren Räftegård, T. & Åkeson, N. (2009). *Det är aldrig försent! Förbättra äldres hälsa med möten, mat och aktivitet*. [Broschyr]. Växjö: Davidsons tryckeri AB

Nymberg, P. & Drevenhorn, E. (2015). Patients' experiences of a nursing-led lifestyle clinic at a Swedish health center. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(2), 349-355. doi: 10,1111/scs.12254

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (3. uppl.) Stockholm: Liber.

Ouellet, N. & Morris, D. L. (2006). Sleep satisfaction in older adults living in society: Identify associated behavioral and health factors. *Journal of gerontological nursing*, 32(10), 5-11. Från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17048751>

Pellmer, K., Wramner, B., & Wramner, H. (2012). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber AB.

Polit, F. Denise. & Beck, Tatano Cheryl. (2017). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (10. uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Ranhoff, H. A. (2010). Sömn och sömnproblem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk omvårdnad – God omsorg till den äldre patienten* (s. 305-312). Stockholm: Liber AB.

Rawtaer, I., Mahendran, R., Chan, H. Y., Lei, F. & Kua, E. H. (2017). A non-pharmacological approach to improving sleep quality in older adults. *Asia-pacific psychiatry*, 52(1). doi: 10,1111/appy.12301.

Romøren, I.T. (2010). Äldre, hälsa och hjälpbehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk omvårdnad – God omsorg till den äldre patienten* (s. 29-36). Stockholm: Liber AB.

Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and metaanalysis. *Br J Gen Pract* 2005;55(513):30512.

Sahin, U.K., Kirdi, N., Bozoglu, E., Meric, A., Buyukturan, G., Ozturk, A. & Doruk, H. (2018). Effect of low-intensity versus high-intensity resistance training on the functioning of the institutionalized frail elderly. *International Journal of rehabilitation research*. 00(0) 1-7. doi: 10.1097/MRR.0000000000000285

Schuch, F. B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Richards, J., Ward, P. B., Veronese, N., Solmi, M., Cadore, E. L. & Stubbs, B. (2016). Exercise for depression in elderly adults: a meta analysis of randomized controlled trials that adapt to publication bias. *Revista brasileira de psiquiatria*, 38(3), 247-54. doi: 10,1590/1516-4446-2016-1915

Skoog, I., Waern, M., Sigström, R. & Bucht, G. (2017). Forskning i korthet: Ångest och depression hos äldre. Hämtad 15 april, 2018, från Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, <https://forte.se/publikation/fk-depression/>

Skärsäter, I & William, 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, 245-259.

Skärsäter, I. (2014). Förstämningssyndrom. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa* (s. 99-123). Lund: Studentlitteratur.

Smagula, S. F., Ancoli-Israel, S., Blackwell, T., Boudreau, R., Stefanick, M. L., Paudel, M. L., ... Cauley, J. A. (2015b). Circadian rest-activity rhythms predict future increases in depressive symptoms among community-dwelling older men. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 23(5), 495–505. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.06.007>

Smagula, S. F., Boudreau, R., Stone, K., Reynolds, C. F., Bromberger, J., Ancoli-Israel, S., ... Cauley, J. A. (2015a). Latent activity rhythm disturbance sub-groups and longitudinal change in depression symptoms among older men. *Chronobiology international*, 32(10), 1427–1437. <https://doi.org/10.3109/07420528.2015.1102925>

Socialstyrelsen. (2017). *Vård och omsorg om äldre: Lägesrapport 2017*. Hämtad 16 mars, 2017, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-2-2>

Strawbridge, J. W., Deleger, S., Roberts, E. R. & Kaplan, A. G. (2002). Physical Activity Reduces the Risk of Subsequent Depression for Older Adults. *American Journal of Epidemiology*. 156(4) 328-334. doi: 10.1093/aje/kwf047.

Svedberg, P., Jormfeldt, H., Arvidsson, B. (2003). Patients' conceptions of how health processes are promoted in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 448-456.

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Fysisk aktivitet: FaR- Fysisk aktivitet på Recept*. Hämtad 26 februari, 2018, från Svensk sjuksköterskeförening, <https://www.swenurse.se/Levnadsvanor/Fysisk-aktivitet/>

Tufan, A., Ilhan, B., Bahat, G. & Karan, M. A. (2017). An underdiagnosed geriatric syndrome: sleep disorders among older adults. *African health sciences*, 17(2). doi: 10.4314 / ahs.v17i2.18.

World Health Organization. (2015). *WHO: Number of people over the age of 60 set to double before 2050; major societal changes are required*. Hämtad 3 april, 2017, från World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/older-persons-day/en/>

World health organization. (2017a). *Depression*. Hämtas 5 mars, 2017, från World health organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

World Health Organization. (2017b). *Physical Activity and Older Adults: Recommended levels of physical activity for adults aged 65 and above*. Hämtad 13 december, 2017, från

World Health Organization,

http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/

World Health Organization. (u.å.). *Aging and lifecycle: Healthy aging and sustainable development goals*. Hämtad 3 april, 2017, från World Health Organization,

<http://www.who.int/ageing/sdgs/en/>

