

## **INLEDNING**

De personer vi som sjuksköterskor träffar på ute i vården, på avdelningar, särskilda boenden och sjukhem är till stor del äldre. Med äldre personer avses de som uppnått pensionsåldern. Att författarna valt just denna ålder beror på att pensionen ofta kan innebära stora förändringar i tillvaron. Bland de äldre som vårdas på avdelningar eller sjukhem visar mellan trettio och fyrtio procent tydliga tecken på depression (Wasserman 2000). Depression hos äldre är vanliga, men ofta underdiagnostiserade. Dessa depressioner beror inte bara på biologiskt åldrande och somatiska sjukdomar utan kan även bero på exempelvis bristande engagemang, stimulering och omsorg (a.a).

Enligt världshälsoorganisationen WHO är depression, jämte rökning, ett av de stora problemen inför 2000-talet (Berg mfl. 1999).

## **BAKGRUND**

Att känna sig nedstämd är vanligt i olika skeden i livet. Händelser som kan påverka en persons liv starkt är till exempel skilsmässa, sjukdom, uppsägning, konkurs, eller dödsfall. Känslor av nedstämdhet i sådana situationer är normala reaktioner, och krävs för att vi ska kunna bearbeta händelserna på ett konstruktivt sätt (Wasserman 2000).

Vid övergångsperioder och svåra livssituationer ställer man sig frågor av existentiell karaktär. Exempel på sådana frågor är "Vem är jag?" och "Vad är meningen med livet?" Depression och nedstämdhet som en reaktion på övergångsperioder eller svåra livssituationer har alltså vad man kallar existentiell karaktär och kräver ofta ingen psykologisk eller medicinsk behandling. Professionell hjälp behövs endast i svåra fall (a.a).

Idag är depression erkänd som sjukdom och för att ställa diagnosen krävs att vissa kriterier uppfylls. Depression medför både kroppsliga och psykiska symtom och det är inte ovanligt att en deprimerad person kommer till allmänläkaren med symtom av somatisk karaktär. Upplevelsen av sjukdomen varierar, och detta inverkar på om och hur man söker hjälp (a.a).

För att ställa diagnosen depression använder man sig av diagnostiska verktyg som DSM IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition (APA 1994). Samtal med patienten och med anhöriga för att kunna få reda på depressionens karaktär och djup är också av mycket stort värde (Wasserman 2000).

## **DEFINITION AV BEGREPPET DEPRESSION**

Som psykisk sjukdom kan man identifiera två typer av depressioner: egentlig depression, med undergrupper, och dystymi - sjukligt svärmod. En deprimerad person kan uppvisa en rad olika symtom. Wasserman (2000) har utvecklat och preciserat symtomen i DSM-IV (APA 1994).

### **Nedstämdhet:**

Detta är den stora gemensamma nämnaren för alla typer av depressioner. Man ser livet i svart och större delen av dagen präglas av nedstämdhet. Positiva händelser inverkar ej på sinnestämningen. Tårarna ligger under ytan hela tiden och man är ledsen och sorgsen. Nedstämdheten skiljer sig från vardaglig deppighet. Oftast är morgonen svårast medan det känns bättre framåt

eftermiddagen och kvällen. Detta fenomen är känt som dygnsvariation. Dock förekommer det att morgnarna känns bäst medan de svarta tankarna blir värre medan dagen fortskrider (Wasserman 2000).

### **Anhedoni- frånvaro av lustkänslor och glädje:**

Den deprimerade individen känner inte glädje eller entusiasm, inte ens över sådant som tidigare engagerat honom. Förmågan att företa sig något börjar blekna, och de mest vardagliga sysslor kan bli oöverstigliga att ta itu med. Anhedonin beskriver känslan av att inte kunna uppleva njutning. Man är likgiltig inför vardagen och allt känns som ett stort mörker. Den deprimerade bryr sig mindre och mindre om sitt utseende och hur han uppfattas av omgivningen. Just att förlora intresset för aktiviteter som tidigare gjordes med glädje är ett särskilt viktigt tecken hos män. Just på grund av mäns tendens till att inte uttrycka sina känslor i ord ska sådana tecken beaktas (a.a).

### **Vikt och aptit förändringar:**

Depressionen gör ofta att personen tappar intresset för mat med viktnedgång som följd. Djup depression kan ge så mycket som fem procents viktnedgång på bara några veckor. Hos barn kan den normala viktuppgången utebli (a.a).

### **Sömnrubbingar:**

Sömnrubbingarna varierar. Vissa vaknar för tidigt, andra sover oroligt under natten och har mardrömmar. Vissa sover länge, kanske långt fram på förmiddagen trots att det lagt sig i god tid kvällen före. Karakteristiskt är att den nedstämda trots en natts sömn ej vaknar utvilad och återhämtad (a.a).

### **Motoriska förändringar:**

Mimiken blir stel och nedsatt. Rörelserna blir tröga och tunga. En del personer blir motoriskt oroliga, med snabba rörelser, och får svårt att sitta stilla (a.a).

### **Trötthet och känslomässig frusenhet:**

Trötthet, psykisk som fysisk, är vanligt. Hypokondri där individen oroar sig för sin hälsa och sjukdomar är också vanligt. Känslomässigt har personen svårt att knyta an till sina närmaste. Han/hon saknar energin och kraften att upprätthålla relationer, med ytterligare social problematik som följd (a.a).

### **Självnedvärdering och skuldkänslor:**

Detta kan yttra sig som dåligt självförtroende och osäkerhet. Personen blir känslig för kritik, förväntar sig det värsta och har allmänt en mycket pessimistisk syn på tillvaron. Han/hon får känslan av att dra olycka över omgivningen och detta genererar sin tur starka skuldkänslor. Förmågan att handskas med sin ekonomi underskattas ofta och allmänt kan man säga att den deprimerade har ständiga tankar kring synd och straff, och i förlängningen kan dessa tankar få karaktären av uselhet och självhat (a.a).

### **Svårigheter med koncentration och beslutsfattande:**

Den deprimerade har ofta svårigheter att ta ståndpunkt och fatta beslut om något. Varje beslut kan få enorma proportioner som vida överstiger det man kan förvänta sig. Ofta ångrar personen de beslut som tagits. Den kognitiva förmågan sänks och svårigheter att lära sig nya saker uppkommer (a.a).

### **Suicid ( tankar om självmord och självmords försök):**

Hopplöshetskänslor är vanliga. Man ser ingen utväg på sin situation, tankar på döden och självmordstankar är vanliga. I många fall känner den deprimerade att döden är enda utvägen ur eländet (a.a).

Enligt Wasserman (2000) är följande symtom inte specifika för depression utan förekommer även vid andra psykiska sjukdomar:

- *Ångest*: den deprimerade upplever ofta ångest av stegrande karaktär. Denna uppkommer ofta på morgnarna och kan då vara mycket plågsam.
- *Paranoia*: misstänksamhet mot omgivningen, alltså anhöriga, kollegor och myndigheter kan också förekomma.
- *Sexuella störningar*: minskat libido och impotens är vanliga problem. Beroende på typ av depression kan också det omvända förekomma (a.a).

### **Egentlig depression**

För att ställa diagnosen egentlig depression måste minst fem av de uppräknade symtomen kunna observeras. Nedstämdhet och minskat intresse för vanliga aktiviteter måste alltid kunna inkluderas i symtombilden. Symtomen måste kännas av under merparten av dagen, så gott som dagligen, under en sammanlagd period av två veckor (Wasserman 2000).

## **Dystymi (sjukligt svårmod)**

Denna diagnos ska ställas om en vuxen person visar en kronisk nedstämdhet som pågått i minst två år, i kombination med ytterligare två av de symtom som DSM IV (APA 1994) föreskriver. Karakteristiskt för dystymi är att den är direkt korrelerad med personligheten. Personen har en grundläggande depressiv och pessimistisk personlighet. Till skillnad mot egentlig depression går det att avleda de dystymiska symtomen med yttre stimulans (Wasserman 2000).

## **ETIOLOGI**

För att kunna förstå hur en depression kan uppstå är det viktigt att försöka se hur olika faktorer kan samverka. Larsson och Lilja (1998) menar att en depression inte kan förstås med hjälp av endast ett perspektiv, utan kan bero på en rad olika faktorer eller händelser.

### **Jagpsykologiskt perspektiv**

Larsson och Lilja (1998) refererar till Robert Ornstein (1986). Han menar att vårt medvetande innehåller olika rollidentiteter eller deljag. Exempel på deljag är roller som pappa, hustru eller bror. Dessa deljag aktiveras vid olika tillfällen, i olika sammanhang, och kontrolleras och styrs av ett överordnat jag. Det jagpsykologiska perspektivet innebär att de som har många deljag är mindre känsliga för att utveckla depressioner. En person med få rollidentiteter är mer sårbar vid en livskris där en vald identitet inte går att upprätthålla. Om ett deljag försvinner, till exempel rollen som hustru vid en skilsmässa, kan individen hamna i en identitetskris. Ett annat deljag, en annan rollidentitet, måste då finnas att tillgå för att upprätthålla den egna identiteten. För många deljag är emellertid inte heller bra, eftersom det kan medföra att individen känner sig splittrad (Larsson & Lilja 1998).

### **Könsrollsperspektiv**

I yngre åldrar är förekomsten av depressioner lika vanligt hos flickor som hos pojkar. I vuxen ålder är kvinnor däremot överrepresenterade vad gäller depressioner och ångesttillstånd. I det här perspektivet läggs fokus på traditionella frågor om manligt och kvinnligt. Larsson och Lilja (1998) skriver att vi måste beakta att kvinnors liv skiljer sig från männens. De menar att många kvinnor är splittrade mellan sina olika rollidentiteter privat och i yrkeslivet. Att ha för många deljag kan innebära att man inte hinner fördjupa sig någonstans, eller att flera deljag konkurrerar med varandra. Denna förklaring innebär alltså ett samspel mellan det jagpsykologiska perspektivet och könsrollsperspektivet (a.a).

### **Psykodynamiskt perspektiv**

Det här perspektivet belyser att depression och ångest kan ses som en konsekvens av ett socialt arv. Våra handlingar styrs till stor del av omedvetna motiv, inte av medvetna, rationella val. En depression kan alltså bero på omedvetna konflikter som har sin grund i en problemfylld

bakgrund. Larsson och Lilja (1998) menar att uppväxten kan ha stor betydelse vid depressioner. Många depressioner kan vara kopplade till problem i barndomen. Dessutom har många deprimerade personer varit utsatta för stress och har även ett lågt självförtroende. Detta återspeglas i deras uppfattning om sig själva (a.a).

### **Socialkonstruktivistiskt perspektiv**

Detta perspektiv betonar att vi formar vår identitet i samspel med omgivningen. Vi har ofta en narrativ strategi, vilket innebär att vi genom att berätta om oss själva bygger upp och formar vår identitet. Vi påverkar även andras identitet genom att tala med och om dem. Om man beaktar detta perspektiv blir en central fråga:

”...vilka sociala sammanhang som kan hjälpa den deprimerade personen att tala om sig själv på ett annat sätt.” (Larsson och Lilja, 1998. s. 17)

### **Fenomenologiskt perspektiv**

Det fenomenologiska perspektivet kallas också det upplevelsemässiga perspektivet. Här intresserar man sig för hur människan själv upplever sin situation. Den egna upplevelsevärlden betonas, och man fokuserar på individens egna erfarenheter och möjligheter att reflektera över sin situation. Larsson och Lilja(1998) menar att vi noga måste lyssna till hur en person beskriver sina känslor och tankar.

### **Kognitivt perspektiv**

Detta perspektiv fokuserar på individens kognitioner, alltså förväntningar, föreställningar, attityder och kunskaper. Hur vi handskas med stress, depression och ångest påverkas av hur vi tänker i en viss situation (Larsson & Lilja 1998).

### **Biologiskt perspektiv**

Här betonas transmittorsubstansernas betydelse för uppkomsten av depressioner. Larsson och Lilja (1998) framhåller vikten av att beakta samspelet mellan biologiska och sociala processer och påverkan från den sociala situationen, för en djupare förståelse av depression och ångest.

### **Samspeleperspektiv**

Här framhålls att det är viktigt att analysera samspelet mellan olika person- och situationsfaktorer.

” Det är, med andra ord, ett samspel mellan olika personfaktorer ( tex. kognition och biologi) och olika situationsfaktorer ( uppväxt, social situation, arbete, tolkning av situationerna ) som gör att en person blir deprimerad.” (Larsson och Lilja, 1998. s. 19)

Det är av stor vikt att beakta alla de olika perspektiv som här beskrivits för att kunna förstå

depression och ångest (Larsson & Lilja 1998)

## **DEPRESSION HOS ÄLDRE**

Personer som åldras hittar oftast en ny roll i livet. Många ser fram emot att kunna ägna tid åt saker de tidigare ej hunnit med. Förmågan att ägna sig åt aktiviteter bibehålls långt upp i åldrarna. För en del gamla och äldre kan dock livet bli ensamt och monotont. Vänner börjar försvinna. Anhöriga har fullt upp. Krämpor gör sig påminda, kanske drabbas personen av någon sjukdom. Många gånger kan livet verka utsiktslöst och personen kan ha svårt att se någon mening i tillvaron (Wasserman 2000). Depressioner hos äldre är mycket vanliga och tyvärr mycket underdiagnostiserade. Följden blir att många äldre människor går obehandlade oavsett etiologi. Wasserman (2000) utgår ifrån att en äldre människa är över 70 år. Frekvensen för depressioner hos äldre är då 15 procent. Detta varierar dock mellan olika grupper av pensionärer. Det finns undersökningar som visar att 30- 40 procent av de som lever på geriatriska avdelningar, dvs. sjukhem, äldreboende och liknande, visar tecken på depression. Hos äldre förekommer samma typer av depression som beskrivits ovan (a.a).

### **Multifaktoriell genes vid åldersdepression**

Ottosson (1995) beskriver tre faktorer som bidrar till åldersdepression: åldersbetingade biokemiska förändringar i hjärnan, en psykosocial situation som är karaktäristisk för den åldrande människan, och somatiska sjukdomar som föranlett vissa behandlingar. Vid ett normalt åldrande sänks nivåerna i hjärnan av ett flertal transmittorer, bland annat noradrenalin och serotonin. Åldrandet leder alltså till störningar av aminmetabolismen. Detta uppkommer också vid periodiska affektiva syndrom. Vid patologiskt åldrande är förändringarna ännu mer uttalade. Depressiva symtom förekommer till exempel i upp till femtio procent av fallen vid Alzheimerdemens. Den minskning av aminerg aktivitet i CNS som uppkommer, både vid normalt och patologiskt åldrande, sänker människans toleransgräns för olika belastningar. Många utsätts som äldre för belastningar som isolering och nedvärdering. En successivt minskande umgängeskrets, privat och från arbetslivet, eventuellt syn-, hörselsvårigheter och talrubbingar är faktorer som bidrar till isolering. Denna isolering leder till understimulering som påskyndar åldrandet. Självkänslan riskerar att bli sänkt (Ottosson 1995). Med åren ökar hjärt-kärl sjukdomar, olika cancerformer och degeneration av rörelseapparaten. Detta leder till smärtor, minskad rörlighet och beroende. Parkinson är en av de sjukdomar som ofta är förenad med depressioner. Dessutom har flera typer av läkemedel biverkningar som kan ge depressiva symtom. Till dessa hör antihypertensiva medel, antiparkinson medel, kortikosteroider samt neuroleptika (a.a).

### **Symtom på depression hos äldre**

Depressionsuttrycken skiljer sig en del mellan äldre och yngre människor. Symtomen är ofta svåra att ta på och kan döljas av somatiska besvär som kan göra det svårt att ställa diagnos. Dagarna kan bli långa. Personen kanske äter sämre men ingen uppmärksammar det. Det är lätt att

exempelvis på en sjukhusavdelning koncentrera sig på att bota den kroppsliga åkomman och förbise personens psykiska status. Patienten glider sakta in i nedstämdhet och i förlängningen, depression (Wasserman 2000).

Viktminskning är ett av de symtom som är typiska för depression hos äldre. Då det är en smygande process kan detta då felaktigt tolkas som en del i det normala åldrandet. Äldre deprimerade personer anpassar också sin sinnestämning beroende på vem de talar med, detta bidrar då till den ofta diffusa sjukdomsbilden. Ofta kanske de depressiva symtomen ej uppmärksammas förrän personen klart uttrycker sin ovilja att leva längre. I regel är då sjukdomsprocessen så långt framskriden att behandlingen kan försvåras (a.a).

Ängslan för sjukdomar och oro för ekonomin är symtom som kan vara mycket starka hos äldre människor. Ängesten kan vara 15 till 20 gånger vanligare hos äldre med depression än hos yngre. Ett typiskt förlopp hos äldre med depression är att personen kan må bra i dagar eller veckor för att därefter återgå till en depressiv period. I den uppåtgående fasen kan det få som resultat att personen kanske tror att det ej kommer fler depressiva perioder och undviker kontakt med vården. Den typ av undvikande och ”hoppas på det bästa” strategi leder bara till att den drabbade ej får den hjälp han/hon behöver (a.a).

## BEHANDLINGSÖVERSIKT

Behandlingen av depressionen indelas i två grupper:

- Somatisk (ECT<sup>1</sup>, sömndeprivation, ljus, farmaka)
- Psykosocial (psykoterapi, sociala åtgärder)

Depressionens svårighetsgrad, klinisk bild, förlopp och etiologi, avgör valet av behandlingen. Melankoliska drag och endogen etiologi indicerar somatisk behandling. Psykoterapi och sociala åtgärder är indicerade när depressionen misstänks eller konstateras vara en konsekvens av en interaktion mellan livshändelser och personlighetsfaktorer.

Svårare depressioner av exogen karaktär kräver även den som regel somatisk behandling, i varje fall i ett initialt skede (Ottosson 1995).

### Antidepressiv farmaka

De psykofarmaka mot depression som finns har stora likheter med varandra, men kan delas upp i fem grupper: tricykliska, tetracykliska, MAO-hämmare, SSRI-preparat och SNRI-preparat. Den antidepressiva effekten beror på att läkemedlet hämmar återupptagningen av transmittersubstanserna serotonin och noradrenalin i de aktuella receptorerna, varvid en ökad koncentration uppkommer som stimulerar receptorerna ytterligare.

Cirka 60-70 procent av behandlade patienter får god effekt både vad gäller egentlig depression och depression med melankoliska inslag. Den antidepressiva effekten är likvärdig preparaten emellan (Ottosson 1995).

---

<sup>1</sup> ECT står för elektrokonvulsiv terapi. Detta innebär en stimulering av hjärnan med minimal mängd av elektrisk energi, vilket ökar nervsignalernas aktivitet.

## **OMVÅRDNAD AV DEPRIMERADE PATIENTER**

”Omvårdnadsarbetet består av två integrerade delar, uppgiften som utförs och relationen inom vilken den utförs.” (Berg mfl.1999, s.10).

Beroende på vårdtagarens situation kan fokus läggas på känslomässiga aspekter eller på praktisk/tekniska aspekter. Det finns alltid en relation eller ett samspel mellan vårdgivare och vårdtagare, oavsett var i omvårdnadsarbetet man lägger fokus. För att sådana relationer ska fungera krävs bra samspel och kommunikation. Både vårdtagare och vårdgivare måste acceptera varandras närvaro och handlingar för att samspelet ska fungera (Berg 1999 ).

”Omvårdnadsinsatserna inriktas mot problem eller förändringar som uppstår mellan det dagliga livets krav och personens funktionella hälsotillstånd” (Berg mfl.1999, s. 11).

När man bedömer kvaliteten i omvårdnadsarbetet ser man på hur samspelet fungerat och även på hur väl de praktisk/tekniska åtgärderna genomförts (Berg 1999).

### **Problem och behov hos den deprimerade patienten**

Dexter och Wash (1997) beskriver den deprimerade patientens problem och behov som sträcker sig från praktiska hinder i vardagen till rent känslomässiga och sociala aspekter. Depression är ett potentiellt livsfarligt tillstånd, och det är mycket viktigt att aldrig underskatta en deprimerad patients personliga lidande. Det primära är att se till patientens säkerhet och minimera risken för självmord. Det är av stor vikt att sjuksköterskan klargör sin vårdande roll och är ärlig mot patienten. Sjuksköterskan ska ge patienten möjlighet att tala om sina destruktiva tankar, och finnas till hands när patienten upplever tillvaron som svårhanterlig eller rent av outhärdlig. Det är av stor vikt att sjuksköterskan stöttar patienten i vardagen, både gällande fysiska och sociala aspekter. Att inte sköta sin personliga hygien kan leda till social utstötning och detta försämrar självförtroendet ytterligare. Nutritionsproblem som dehydrering, förstoppning och viktförlust bidrar starkt till den allmänna svaghet som patienten upplever (a.a).

Viktigt är att sjuksköterskan gör en bedömning av hur patienten klarade sin vardag tidigare. Informationen bör komma från patienten själv och gärna från anhöriga och närstående. Sjuksköterskan ska se till att patienten får den tid som behövs för att han/hon ska kunna klara egen ADL i största möjliga mån, och samtidigt finnas till hands för att stötta och ge positiv respons för att stärka självförtroendet. Angående nutritionen är det viktigt att patienten får i sig näringsrik mat då näringsintaget oftast är nedsatt hos en deprimerad patient. I dessa avseenden är det viktigt att erbjuda en aptitlig måltid i en lugn och avspänd miljö. Om nödvändigt ska näringsintaget dokumenteras. I omvårdnadssammanhang är sjuksköterskans skicklighet i att observera och känna av patientens behov ytterst värdefulla, då deprimerade patienter ibland ger mycket få verbala uttryck för känslor och behov (a.a).

## **KOMMUNIKATION**

För att kunna möta patientens behov är det av stor vikt med bra kommunikation. Terapeutisk kommunikation bygger på att människan betraktas som aktiv, handlande och självständig. Man ska försöka förstå och tolka patientens situation tillsammans med honom/henne



(Jahren Kristoffersen 1997).

Trygghet är en viktig förutsättning för ett bra samspel mellan patient och sjuksköterska. Enligt Jahren Kristoffersen (1997) knyter Andersson Segesten (1984) trygghetsbegreppet till två dimensioner: *inre trygghet* och *yttre trygghet*. Den yttre tryggheten relateras till det liv man lever och interaktionen med omvärlden, och denna dimension är särskilt viktig i samband med kommunikation. Den kan delas in i *kunskap- och kontrolltrygghet*, *lita-på-andra*, och *relationstrygghet*.

*Kunskaps- och kontrolltrygghet* innebär att ha kunskap om och vara medveten om sin situation. Det handlar också om att veta vad som förväntas av en, och vad andra människor förväntar sig av en själv (a.a).

”Information, bekräftelse och kunskap ger kunskaps och kontrolltrygghet.” (Jahren Kristoffersen 1997, s.81)

Det är mycket viktigt att som sjuksköterska ge tillräcklig och adekvat information till patienten. En patient som fått otillräcklig information får en minskad tillit till vårdpersonalen (Jahren Kristoffersen 1997).

*Lita-på-andra*: Om man som sjuksköterska inte kan utföra tekniska uppgifter på ett skickligt sätt kan patienten komma att känna sig otrygg och få svårt att öppna sig psykiskt, andligt och socialt. Att vara tekniskt duktig och säker är därmed också en viktig kommunikationsfaktor (a.a).

*Relationstrygghet* kopplas till socialt nätverk, värme, nära relationer och även till fysisk närhet. Det är av stor vikt att patienten upplever kontinuitet i förhållandet till både anhöriga och till sjuksköterskan. Dessa relationer bör präglas av öppenhet, förståelse och ärlighet (a.a).

En förutsättning för relationstrygghet är mellanmänsklig värme. Detta innebär aktivt lyssnande, koncentration och empati (a.a).

## **Samtal**

Den fysiska miljön kan ha stor inverkan på hur ett samtal kommer att förlöpa. Om samtalet är planerat bör man förlägga det till ett lugnt och ostört ställe, och gärna också välja en lugn stund på dagen. Det är viktigt att genom aktivt lyssnande vara öppen för föreställningar och tankar som patienten kan ha omkring sin situation (Jahren Kristoffersen 1997).

## **Kommunikation och uppträdande**

”Patientens reaktioner kan mycket väl reflektera sjuksköterskans beteendemönster inför honom.” (Jahren Kristoffersen 1997, s.90)

På grund av det ökade beroendet som kan följa av en sjukdom uppfattar sjuka människor ofta andras uppträdande på ett starkare sätt än vad friska personer gör (Jahren Kristoffersen 1997).

## **Kommunikation med äldre**

Det finns en tendens hos oss i västvärlden att betrakta sjuka, äldre människor som en likartad patientgrupp. Åldrandet kan påskyndas av olika patologiska processer, och en persons kronologiska ålder är därför en dålig indikator på hans eller hennes hälsotillstånd. Den äldres kommunikationsbehov präglas av individens särdrag, intressen och erfarenhetsbakgrund. Äldre stöter ofta på olika kommunikationsproblem (Jahren Kristoffersen 1997).

*Hörselnedsättning* - Detta är något som över trettio procent av alla äldre människor lider av. Allvarlig hörselnedsättning kan leda till att en person blir socialt isolerad, vilket kan få psykiska följder (a.a).

*Bristande språkuppfattningsförmåga* - Förmågan att uppfatta språk försämras under ålderdomen och förmågan att uttrycka sig språkligt försämras också till viss del. Detta hänger till stor del ihop med hörselnedsättning, men även med förändringar i hjärnans funktion. Äldre reagerar långsammare på stimuli, har nedsatt koncentrationsförmåga och ökad tendens att bli distraherade. Detta bidrar till minskad språkuppfattningsförmåga. Det är därför av stor vikt att låta en äldre person få gott om tid att bearbeta och reagera på vad som blivit sagt (Jahren Kristoffersen 1997).

*Synnedsättning* - Den som är synskadad går miste om mycket information som går att uppfatta via icke verbal kommunikation. Den synnedsättning som är en del av det normala åldrandet gör att äldre bland annat är i behov av mer ljus än yngre för att kunna se bra (a.a).

*Nedsatt känsel* - Hudens känsel förmåga avtar när man blir äldre, men behovet av beröring minskar inte. Detta är viktigt att beakta i kontakten med en äldre patient, samtidigt som man inte får glömma att alla inte reagerar positivt på beröring. Den äldres privatliv och integritet får aldrig kränkas (a.a).

## **BEGREPPET STÖD I RELATION TILL OMVÅRDNADSARBETET**

Stöd har definierats som olika former av återkoppling. Socialt stöd, moraliskt stöd och terapeutiskt stöd handlar om att ge respons eller återkoppling till den andre. Vid hälsobevareande syften kan stöd ses som hjälp vid bemästrandet av egenvård, det vill säga där återkopplingen ges för att korrigera emotionella, kognitiva och beteendemässiga avvikelser. För att inte stödet ska vara anti-terapeutiskt måste det terapeutiska stödet vara knutet till hälsobegreppet. Ur ett omvårdnadsperspektiv innebär detta bland annat att stödja det som kan bidra till att individen får sina basala behov tillfredsställda (Jahren Kristoffersen 1997).

## **TEORIANKNYTNING**

Hildegard Peplau (1988) beskriver i sin teori vikten av den terapeutiska relation där patient och sjuksköterska interagerar med målet att patienten gradvis ska kunna stå på egna ben. Vidare beskriver hon de olika roller som sjuksköterskan kan anta under omvårdnadsprocessens. Peplau

har sin bakgrund inom psykiatri och hennes tankesätt utgår i stor utsträckning från psykodynamiska aspekter (Eide & Eide 1997).

Enligt Eide & Eide (1997) anser Peplau att det centrala för det terapeutiska utbytet i omvårdnaden är utvecklingen av relationer mellan sjuksköterska och patient. Peplau benämner ”omvårdnadsprocessen” en psykodynamisk rörelse i förhållandet mellan patient och sjuksköterska. Målet med denna process ska vara patientens självständighet, mognad och hälsa, och de olika faserna och rollerna är delar av denna process.

## SYFTE

Syftet med denna litteratur studie är att belysa vad man som allmänpraktiserande sjuksköterska praktiskt kan göra för att upptäcka och stödja deprimerade patienter över 65 år.

## METOD

### LITTERATURSÖKNING

För att belysa ämnet valdes en litteraturstudie. Denna form av studie ansågs lämplig med tanke på de tidsramar som författarna hade. För litteratursökningen beslutades om följande kriterier: Artiklarna skulle ej vara skrivna före 1990. De skulle stämma väl överens med studiens syfte. Artiklarnas innehåll skulle i huvudsak handla om omvårdnad, ej behandlig av depression. Innehållet skulle kunna vara av värde för sjuksköterskor i allmänvården, inte bara inom psykiatri, och fokus skulle ligga på äldre patienter.

Litteratursökning gjordes i Cinahl, Pubmed samt Medline. Sökord som användes var *depression and nursing*, *depression nursing*, *mood-disorder nursing*, *depression and caring*, *affective disorder and nursing* samt *caring for depressed patients* och *depression and nursing in general care*.

Resultatet från sökningen i Medline uteslöts genast, eftersom artiklarna som hittades var för medicinskt inriktade och ej stämde överens med studiens syfte.

Sökningen i Pubmed gav 109 träffar med sökorden *depression and nursing in general care*, samt 73 träffar med sökorden *caring for depressed patients*. Av dessa träffar stämde 6 väl överens med syftet, men inga artiklar beställdes eftersom de var för gamla.

I Cinahl gjordes en sökning med sökorden *depression and nursing*, vilket gav 985 träffar. Av dessa valdes de hundra första träffarna för vidare studier med hänsyn till att de är de senast publicerade. Trots att antalet träffar var mycket stort så beslutade författarna att ändå gå igenom de 100 första träffarna. Av dessa valdes 13 artiklar ut. De resterande artiklarna stämde ej överens med syftet. Sökorden *depression and nursing and caring* gav 9 träffar. Av dessa valdes en artikel ut som stämde väl överens med syftet. Den valdes senare bort eftersom den var för gammal. En sökning på *depression and caring* gav tio träffar, varav en sparades. *Affective disorder and nursing* gav 13 träffar och av dessa sparades en. En sökning gjordes även på *depression nursing*. Denna sökning gav 158 träffar, varav 16 valdes ut. Sökorden *mood disorder and nursing* gav 56 träffar, varav ingen uppfyllde kriterierna. Sökorden *depression and nursing in general care* gav inga träffar. Slutligen beställdes 14 artiklar utifrån sökningen i Cinahl.

## GRANSKNING

Efter att artiklarna tillhandahållits från BTH gjordes en närmare granskning av dessa. Av de 14 artiklarna föll fem bort efter granskningen. Anledningen till detta var att en av dem var för gammal, en för medicinskt inriktad och de resterande tre hade innehåll som ej bedömdes tillräckligt relevant. Av de som valts ut var endast en artikel vetenskaplig. Författarna valde att ändå basera sin studie på dessa nio artiklar, eftersom innehållet i de resterande var relevant för studiens syfte.

## ANALYS

Artiklarna analyserades enligt metoden innehållsanalys (Baxter 1994), utifrån begreppen *upptäcka* och *stödja*. Artiklarna lästes först igenom översiktligt för att författarna skulle få en bild av materialet. Vidare gjordes en mer grundlig genomläsning för att identifiera stycken i texten med fokus på att *upptäcka* respektive att *stödja*. Styckena med de två begreppen markerades med var sin färg. Detta gjordes var för sig av författarna så att en jämförelse mellan de olika textstyckena kunde genomföras. Olikheter mellan dessa första resultat diskuterades och de aktuella passagerna lästes igenom och delades upp för att kunna placeras under *upptäcka* respektive *stödja*. Därefter skrevs textstyckena in ordagrant på dator för lättare kunna hanteras. Med detta material i händerna läste författarna passagerna igen för att se om ett mönster kunde upptäckas. En första grov indelning resulterade i två kategorier under respektive huvudbegrepp. Uppdelning enligt dessa gjordes och därefter lästes varje kategori igenom igen, för att se om det om det kunde finnas ytterligare mönster. Resultatet visade på tre underkategorier för respektive huvudkategori.

Kategorierna presenterades sedan schematiskt för att ge en överblick (tabell 1).

## PRESENTATION AV ARTIKLAR

*Caring for the depressed elder* (McKinnon & Shlenker 1994) är hämtad från Journal of Practical Nursing. Artikeln beskriver depression hos äldre och tar upp bakomliggande orsaker samt sjuksköterskans roll i omvårdnaden.

*Ways of tackling depression* (Sutherland 1995) behandlar hur man kan upptäcka en depression genom kommunikationsstrategier. Artikeln beskriver även sjuksköterskans omvårdnadsmöjligheter.

*Detecting depression in older people* (Edwards 2001) beskriver vad man konkret kan göra för att upptäcka en depression. Artikeln tar även upp orsaker, medicinska behandlingsmöjligheter och sjuksköterskans roll i att stärka patientens självbild och självförtroende.

*Managing depression in older people* (Walker & Sewell 1998) tar upp hur sjuksköterskan kan se tecken på depression hos en patient. Artikeln innehåller även en beskrivning av symtom.

*Developing a Nursing Care Plan for the Depressed Elderly Patient* (Lyder & Hicks-Price 1992) beskriver kort etiologi, symtom samt medicinska behandlingsstrategier. Artikeln behandlar även vad sjuksköterskan bör beakta vid omvårdnaden av en deprimerad patient.

*Recognizing Depression in Elderly Patients* (Valente 1994) beskriver tecken på depression, beaktande vid antidepressiv medicinering samt diagnostiska kriterier. Artikeln behandlar även

sjuusköterskans roll och omvårdnads arbetet.

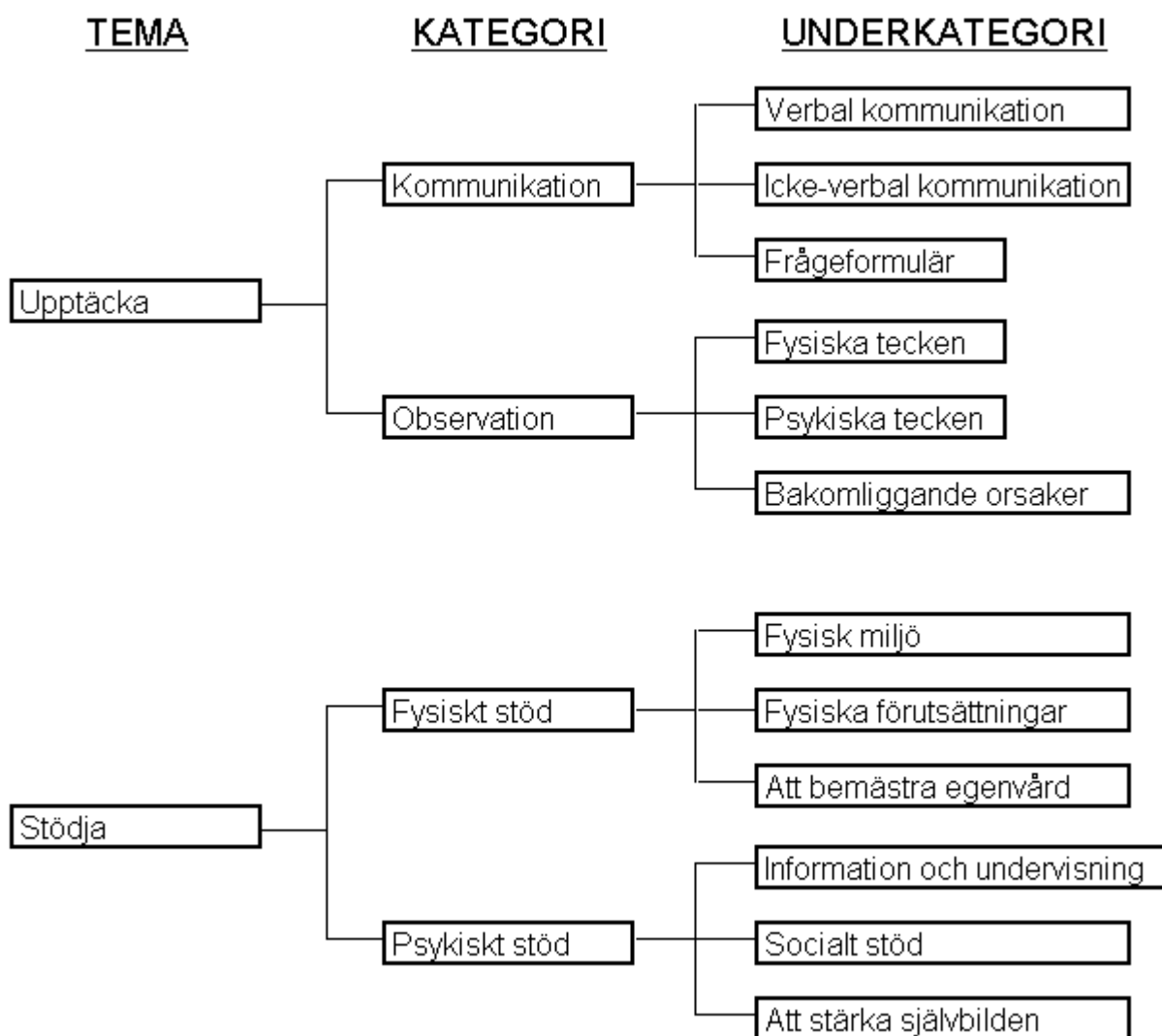
*Depression and your patient* (Isaacs 1998) behandlar bedömning, intervention, medicinsk behandling samt kommunikation i omvårdnadssammanhang.

*When your Patient is Depressed* (Gibson & Aiken 1994) tar upp hur man kan upptäcka en depression, vilka orsaker som kan finnas, samt sjuusköterskans omvårdnadsmöjligheter.

*Nursing Standard of Practice Protocol: Depression in Elderly Patient* (Kurlowicz 1997) innehåller en beskrivning av depression hos äldre med tyngdpunkt på bedömning, beaktanden och sjuusköterskans interventionsstrategier.

## PRESENTATION AV KATEGORIER

Tabell 1



# RESULTAT

## HUR KAN SJUKSKÖTERSKAN UPPTÄCKA EN DEPRESSION?

### Kommunikation

#### Verbal kommunikation

I upptäckandefasen är kommunikation ett centralt begrepp. När man kommunicerar med en patient som man misstänker mår psykiskt dåligt är det viktigt att hålla sig till öppna frågor. Frågor som börjar med "hur", "vad" och "varför" är mer lämpliga än frågor som kräver svar som "ja" eller "nej". Detta för att ge patienten en chans att med egna ord beskriva sina känslor och symtom. Flera av artiklarna föreslår frågeställningar som "Hur mår du inuti?" och "Hur mår du i själen?" (Sutherland 1995, Edwards 2001).

Det är viktigt att som sjuksköterska använda sig av sina färdigheter i kommunikation, inte bara under tid speciellt avsatt för samtal, utan även under vanliga provtagningar och omvårdnads-Åtgärder (Walker & Sewell 1998).

De intryck man får av en patient ska man diskutera med honom eller henne. Det är viktigt att prata om det man observerar. Man får på så sätt reda på om man tolkat patientens beteende och symtom korrekt eller felaktigt (Isaacs 1998).

Genom rak och ärlig kommunikation kan man också få reda på om det föreligger någon suicidrisk. Det är av stor vikt att som sjuksköterska våga ställa dessa frågor (Edwards 2001). Sjuksköterskan ska reflektera och ge respons på det patienten säger. Exempelvis: "Du säger att du inte sover bra. Kan du berätta mer om det?" På detta sätt kan man få en tydligare bild av vad patienten menar och man visar även att man hör och bryr sig om de svar man får (Sutherland 1995).

Genom att sätta ord på upplevelsen av en depression hjälper man patienten att förstå att han har en aktiv roll i arbetet med att förstå sina problem (Isaacs 1998).

Att kommunicera med anhöriga kan vara en viktig faktor när man försöker ta reda på om det föreligger en depression. Familj och vänner kan ofta tillhandahålla information om till exempel drogmisbruk, alkoholmisbruk eller andra bakomliggande orsaker som eventuellt kan styrka misstanken om depression (Valente 1994).

#### Icke-verbal kommunikation

I upptäckandefasen är det av största vikt att visa empati, till exempel genom att med ansiktsuttryck visa patienten att man reagerar på det han eller hon säger. Aktivt lyssnande och ögonkontakt är av yttersta vikt. Det är också viktigt att via kroppsspråket förmedla till patienten att man verkligen tar sig tid att lyssna och är intresserad av vad han eller hon har att säga. Genom att på ett bra sätt använda sig av icke-verbal kommunikation har man möjlighet att vinna patientens förtroende (Walker & Sewell 1998, Isaacs 1998).

## Frågeformulär

Ett sätt att upptäcka en depression kan vara att använda sig av frågeformulär. Fem av de nio artikelförfattarna, bland annat Lyder och Hicks-Price (1992) och Edwards (2001), tar upp *Geriatric Depression Scale* (Gottfries 1995) som exempel. Detta är undersökningsmetod som finns tillgänglig i ett flertal versioner. Den baseras på ett antal frågor som kan besvaras med antingen ”Ja eller ”Nej”. Svaren bedöms därefter med poängsättning och ett visst antal poäng ger en fingervisning om att en depression kan föreligga.

## Observation

### Fysiska tecken

Bland annat Kurlowicz (1997) och Valente (1994) menar att DSM-IV (APA 1994) är bra för sjuksköterskor att ha i åtanke.

De tecken som man som sjuksköterska lättast lägger märke till är aptitförändringar, viktnedgång, sömnproblem och hur en patient tillfrisknar efter kirurgiska ingrepp (Edwards 2001).

Det är viktigt att vara uppmärksam på äldre patienter med somatiska sjukdomar där fysiska symtom kvarstår trots behandling (Kurlowicz 1997).

### Psykiska tecken

Återigen är det av värde att känna till DSM-IV (APA 1994) avseende de psykiska tecken på depression som där redogörs för (Valente 1994).

Depression bör misstänkas hos en äldre patient med diffusa symtom som ångest, irritabilitet, bristande koncentration, brist på motivation, obeslutsamhet, hjälplöshet, känslor av misslyckande och skuldkänslor (a.a).

Depression kan också ta sig uttryck genom upprepningar, upprepade frågor, påståenden att något hemskt kommer att hända, orealistiska farhågor och hälsorelaterad oro (Kurlowicz 1997).

Vissa äldre uppvisar vad som kallas ”smiling depression”. Man döljer sina känslor genom att le och visa sig glad. Det är viktigt för sjuksköterskan att inte ”nöja sig” med ett leende, utan även se andra tecken, att försöka se ”bakom leendet” (Edwards 2001).

Många äldre upplevs som glömska och förvirrade. Detta behöver dock inte vara ett tecken på demens eller på normalt åldrande. Om en äldre människa som uppträder förvirrat blir ”klarare” under diskussionens gång kan detta tyda på depression snarare än demens (McKinnon & Shlenker 1994).

Det som är viktigt för sjuksköterskor på vårdavdelningar är att, inte förringa fysiska symtom, men att också kunna ”se bakom” dessa, att se hela det spektrum av symtom som en äldre person kan visa upp (Kurlowicz 1997).

### Bakomliggande orsaker

Relevanta frågor att ställa sig är: ”Hur är patientens sociala situation”, ”Hur är hans sociala nätverk?” och ”Vad har han för socialt stöd?” (McKinnon & Schlenker 1994).



Ett flertal sjukdomar predisponerar för depression, och dessa är bra att ha i åtanke i mötet med patienten. Exempel på sådana sjukdomar är malignitet, stroke, demens, gastrointestinala sjukdomar och hypothyreos (Gibson & Aiken 1994, Kurlowicz 1997). Även vissa läkemedel, som till exempel anti-parkinson preparat, kan ge depressiva biverkningar (Valente 1994).

## **HUR KAN SJUKSKÖTERSKAN STÖDJA EN DEPRIMERAD PATIENT?**

### **Fysiskt stöd**

#### **Fysisk miljö**

Det är viktigt att se till att miljön är säker och strukturerad (Lyder & Hicks-Price 1992). Avseende suicidala patienter är det viktigt att man tar bort saker som kan skada patienten. Exempel på åtgärder är att hålla knivar och mediciner inlåsta, samt att personalen har möjlighet att öppna toalett dörrar (Gibson & Aiken 1994, Valente 1994). Sömnsvårigheter som kan vara vanliga kan avhjälpas med avslappnings teknik. Detta kräver en miljö som fri från störande element. Lugn, lågmäld musik och behaglig belysning i kombination med sval rumstemperatur verkar avslappnande (Gibson & Aiken 1994, Isaacs 1998).

#### **Fysiska förutsättningar**

I sjukdomsbilden hos deprimerade personer ses ofta undernäring och dehydrering. I detta avseende är det då viktigt att patienten får en närings rik kost och vätska, då dessa faktorer, om de inte ombesörjs kan försvåra sjukdomsförloppet, inte bara avseende somatiska sjukdomar, utan även själva depressionen. Att patienten får sin medicin och att man observerar hur han/ hon svarar på denna är också viktigt (Lyder & Hicks-Price 1992, Gibson & Aiken 1994). Sömnsvårigheter kan avhjälpas med att gå till sängs samma tid varje kväll med hänsynstagande på patientens egna kvällsritualer, undvika att ta tupplurar under dagen, undvika koffein och undvika att ta emot besök före läggdags. Helst ska man undvika sömnmedicin (Gibson & Aiken 1994). Det är också viktigt att man vidtar adekvat smärtlindring om detta skulle vara aktuellt (Kurlowicz 1997).

Fysisk aktivitet ska uppmuntras och sjuksköterskan bör hjälpa patienter som ej vill lämna sängen, genom att schemalägga tid när patienten inte ska ligga (McKinnon & Shlenker 1994). Genom regelbundna måltider, regelbunden sömn och fysisk aktivitet hjälper man den deprimerade patienten att få struktur i vardagen. Struktur och förbättrad fysisk status ger bättre förutsättningar för patienten att själv kunna bemästra sin vardag. (Kurlowicz 1997)

#### **Stöd att bemästra egenvården**

Ge respons på de framsteg som görs med avseende på mobilisering, fysisk aktivitet och dagligt egenvård. Patienten kanske inte är uppmärksam på de framsteg han gör, så därför är det viktigt att man betonar dessa. Framförallt när patienten känner att han misslyckas med något är det av stort värde att påminna honom om tidigare framgångar, för att på så sätt motivera honom att försöka igen (Valente 1994).

”You could say for example: Two days ago, you didn’t think you could walk. Now you’re getting to the bathroom on your own. So how about shaving today?” (Valente 1994, s.22)

De dagliga momenten bör delas upp i små steg. Den äldre deprimerade patienten har ofta orealistiskt höga krav på sig själv, och att inte klar vardagen kan ge känslor av värdelöshet. Patienten ska få veta att han bara behöver ta ett steg i taget, och därför bör fokus ligga på här-och-nu problem. Nyckeln ligger i att ge positiv respons på varje litet steg som klaras av för att garantera positiva upplevelser och förbättra självförtroendet. När en deprimerad patient känner att han misslyckas med något kan det vara av värde att påminna honom om tidigare framgångar för att på så sätt motivera honom att försöka igen (Valente 1994, Kurlowicz 1997).

## **Psykiskt stöd**

### **Information och undervisning**

Att undervisa är en viktig del av sjuksköterskans arbetsuppgifter. Deprimerade patienter, och deras anhöriga, behöver få information om vad en depression innebär. Många äldre är rädda att få en stämpel på sig som psykiskt sjuka. Därför är det viktigt att sjuksköterskan hjälper dem att se depression som en biokemisk sjukdom som ger psykiska symtom, och som effektivt kan behandlas (Gibson & Aiken 1994, Edwards 2001).

Sjuksköterskan bör också informera sina patienter om hur antidepressiv medicinering fungerar. Vid behandling med dessa läkemedel kan det gå flera veckor innan patienten upplever några tecken på förbättring. Under denna period är det viktigt att sjuksköterskan poängterar för patienten att han kommer att bli bättre (Gibson & Aiken 1994, Isaacs 1998).

I den undervisande delen av omvårdnaden ingår också att förbereda patient och anhöriga för utskrivning. De bör få information om vikten av regelbunden medicinering, när sådan finns ordinerad, och vikten av att vara uppmärksam på biverkningar. Anhöriga bör även få information om tecken som kan tyda på självmordstankar, och om att rapportera sådana symtom till läkare (Valente 1994).

### **Att stärka självbilden**

Omvårdnaden av den deprimerade patienten innebär att hela tiden kämpa mot patientens negativa syn på sig själv, på omvärlden och på framtiden. Kommunikation och samarbete mellan alla i vårdteamet är en förutsättning för att lyckas med detta (Gibson & Aiken 1994).

Fungerande kommunikation mellan patient och sjuksköterska är också en förutsättning för att genom omvårdnad kunna stärka patienten. Sjuksköterskan måste visa att han/hon tar patientens känslor på allvar, och på samma gång visa att hon/han har en positiv syn på framtiden (Edwards 2001).

Patienten behöver få en mer realistisk bild av sig själv. För att uppnå detta behöver han uppmuntras att uttrycka sina känslor verbalt. På så sätt kan patienten få lättare att identifiera vad det är han känner och sjuksköterskan förstår bättre hur patienten ser på sig själv (McKinnon & Shlenker 1994, Isaacs 1998).

Sjuksköterskan behöver hjälpa den deprimerade personen att se sina starka sidor och tillgångar. En strategi för att stärka självbilden är att samtala om tidigare framgångar. Hur har patienten tidigare klarat av svårigheter? Det är här viktigt att betona för patienten att han inte förväntas lösa

sina problem på egen hand (Valente 1994).

Patienten och sjuksköterskan ska tillsammans bestämma hur vården ska utformas. På så sätt kan den deprimerade patienten känna stöd från sjuksköterskan, men samtidigt en känsla av kontroll. Det är viktigt att komma ihåg att man inte ska lösa problemen åt patienten, utan endast leda honom in på rätt spår. Sjuksköterskan ska hjälpa honom att känna att han själv har förmågan att lösa sina problem. Däri ligger även att bekräfta framsteg som patienten gör, och fokusera på realistiska, gemensamt överenskomna mål (Valente 1994, Edwards 2001).

En rak och ärlig kommunikation med tydliga mål och tydliga förväntningar från sjuksköterskans sida, i kombination med en empatisk och optimistisk hållning ger förutsättningar för att patienten ska kunna få en mer positiv självbild. I detta ligger också att undvika överdriven gladlythet samt attityder som kan tolkas som kritik (Isaacs 1998, Edwards 2001).

## **Socialt stöd**

Sjuksköterskan måste hjälpa patienten att bryta sin isolering. Detta gör man genom att uppmuntra umgänge med anhöriga, vänner och andra patienter. Den äldre bör också uppmuntras att skriva brev och använda telefonen. I de fall där vänner och anhöriga saknas och patienten har svårt att skapa nya kontakter bör sjuksköterskan hjälpa patienten att få kontakt med andra patienter, stödgrupper, sjukhusprästen eller frivilligorganisationer (Gibson & Aiken 1994, Valente 1994, Kurlowicz 1997).

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Litteratur sökningen i BTH databaser resulterade i ett stort antal träffar på de valda sökorden. Så här i efterhand så skulle nog en mer specifik sökords kombination varit att eftersträva. Som författarna uppfattade det så låg inriktningen främst på psykiatri som specialitet och inte på den allmänna vården. Författarna var tvungna att begränsa sig eftersom man tyvärr ej får beställa ett obegränsat antal artiklar från högskolans bibliotek. De artiklar som ej var aktuella för beställning fyllde ej kriterierna på grund av att de var för gamla, för medicinskt inriktade eller ej verkade stämma tillräckligt väl överens med studiens syfte. En del artiklar var till exempel för snävt inriktade mot primärvården eller psykiatrin. De slutligen valda artiklarna var allt ifrån en sida till sex sidor. Trots att de i strikt mening inte direkt grundade sig på empiriska studier ansågs de vara relevanta för studiens syfte och de var det fåtal som hittades och bedömdes uppfylla de krav som beskrivits i metoden. Dock kan det nämnas att vissa av artiklarna inte uttryckligen behandlade ämnet med inriktning mot äldre men att innehållet i stort var av relevans för syftet. Artiklarna analyserades med hjälp av innehållsanalys som bedömdes som lämplig med tanke på den tidsomfattning som examensarbetet erbjuder. Denna metod tillåter analys av både manifest och latent data. Vad som här kan kritiseras, är just de inslag av subjektivitet som ingår när man tolkar latent data. Vad man tolkar som det ena eller andra är ju i stora drag individuellt. På grund av detta analyserades artiklarna separat av båda författarna och sedan jämfördes fynden. Att det har varit två författare har varit betydelsefullt just på grund av att detta bedömdes minska risken för övertolkning. Att finna bra kategorier var till en början svårt. Den första indelningen

medförde att vissa resultat inte kunde placeras i någon kategori. Dessa första kategorier förkastades därför enligt Bergs (1998) riktlinjer för kategorisering. Nytt försök gjordes och resultatet visade på fyra huvudkategorier med tre underkategorier för respektive huvudkategori. Det var tyvärr dyrt att beställa hem artiklar för närmare granskning och som i slutändan kanske inte skulle komma att användas. Den första sällningen skedde utifrån de mycket kortfattade beskrivningar av artiklarna som ges i databaserna. På grund av detta sällades fem tillhandahållna artiklar av ursprungligen 14 bort, av den anledningen att de inte uppfyllde kriterierna. En svaghet i metoden var att alla sökord inte konsekvent användes på alla databaser. På så sätt kanske en del intressanta träffar aldrig hittades.

## **KÄLLKRITIK**

Trots de referenser som finns i artiklarna så finns det ingen större beskrivning av vad innehållet grundar sig på och ej heller någon fast struktur i upplägget av dem. Vad som saknas är just de kriterier som kan behövas för att göra en bedömning av artikeln med avseende på hur författarna har gått tillväga när de skrivit artiklarna, och på så sätt kunna göra en bra bedömning av dess tillförlitlighet och validitet. Det fanns en tendens i artiklarna att hoppa rakt på sak vad gäller omvårdnads problematik. Artiklarna beskriver mycket vad som praktiskt kan och ska göras, men inget om vad som underbygger dessa resonemang. Det hade varit önskvärt att artiklarna berört och bedömt var informationen kommer ifrån och hur man kommit fram till vad som bör göras. Vissa av artiklarna har en mycket medicinsk inriktning med utförlig symptom- och behandlings beskrivning, trots att de ger intrycket att främst vara inriktade på omvårdnads aspekter. I många fall utgör omvårdnaden bara en liten del av artikeln, trots att artikeln riktar sig till sjuksköterskor.

## **RESULTATDISKUSSION**

I resultatet angående verbal kommunikation beskriver Sutherland (1995) och Isaacs (1998) hur sjuksköterskan bör använda kommunikation i relationen till patienten. Det framgår att man genom att ställa öppna frågor ger patienten en chans att själv sätta ord på sina känslor. Sjuksköterskan ska reflektera och ge respons på vad patienten säger, och genom rak och ärlig kommunikation prata om det hon/han observerar hos patienten. Patienten får hjälp att inse att han/hon har en aktiv roll i att förstå sina problem, genom att sätta ord på upplevelsen av depression.

I underkategorin icke-verbal kommunikation framkommer att sjuksköterskan genom empati, aktivt lyssnande och kroppsspråk kan förmedla att han/hon har tid att lyssna och är intresserad av vad patienten har att säga. Genom att på detta sätt visa patienten respekt och ett genuint intresse kan det gemensamma arbetet med att förstå den deprimerade personens problem bli konstruktivt (Sutherland 1995, Isaacs 1998, Edwards 2001). Detta resonemang stämmer väl överens med vad Peplau enligt Eide och Eide (1997) skriver om relationen mellan patient och sjuksköterska i vad hon kallar utforskningsfasen.

” Under *utforskningsfasen* hjälper sjuksköterskan patienten att utforska tankar, känslor och föreställningar med anknytning till den ursprungliga orsaken till att patienten sökte hjälp. Sjuksköterskans roll är först och främst att ge patienten stöd till att göra egna hälsofrämjande val.” ( Eide & Eide 1997, s.61 )

Jahren Kristoffersen (1997) redogör för de svårigheter äldre personer kan uppleva i samband med kommunikation. Trots att flertalet artiklar berör äldre patienter, och dessutom tar upp vikten av bra kommunikation i samband med depressionsproblematiken, beskrivs inte de hinder för verbal och icke verbal kommunikation som äldre personer ofta drabbas av.

Dessa kommunikationshinder kan förvärra den isolering som många äldre deprimerade upplever (Ottosson 1995).

Jahren Kristoffersen (1997) redogör för att samtal bör ske i en för patienten lugn och avspänd miljö. I upptäckandefasen angående verbal kommunikation menar Walker och Sewell (1998) att bedömning av patientens psykiska status, bland annat genom samtal, med fördel kan ske under vanliga hälsoundersökningar eller tillfällen för provtagning. Naturligtvis är varje person och varje omvårdnadstillfälle unikt, men författarna ställer sig kritiska till om en hälsoundersökning alltid är en bra miljö för ett samtal där man försöker få en bild av en persons psykiska hälsa. En del patienter kanske kan uppleva tillfället för en hälsoundersökning som lugnt och avspänt, men man bör ha i minnet att denna upplevelse kan göra många patienter spända, obekväma och nervösa. Därför utgör dessa tillfällen ofta inte en bra förutsättning för att kunna skapa sig en riktig uppfattning om hur en person mår psykiskt. Jahren Kristoffersen (1997) tar upp hur Andersson Segesten (1984) redogör för trygghetsbegreppet. Inre och yttre trygghet är viktigt för fungerande kommunikation. *Kunskaps- och kontrolltrygghet* innebär att ha kunskap om och vara medveten om sin situation. Om en patient i ett undersökningsrum känner sig spänd och nervös på grund av att han/hon inte har kontroll eller tillräcklig kunskap om vad som ska hända, inverkar detta på förutsättningarna för bra kommunikation med sjuksköterskan.

Sutherland (1995) och Edwards (2001) menar angående verbal kommunikation att sjuksköterskan bör ställa öppna frågor till patienten, då detta ger patienten möjlighet att uttrycka sina känslor och upplevelser med egna ord. Sutherland (1995) ger även konkreta förslag på frågeställningar: ”How are you feeling in yourself?.....How are you feeling in your spirits?” ( Sutherland 1995 s. 18)

Öppna frågeställningar är bra, men dessa exempel anser författarna vara väl stora och kanske svåra att svara på. Detta på grund av att det för många kan vara svårt att på en gång öppna sig för en främmande människa. Peplau (1988) menar att sjuksköterskan i början av identifikationsfasen, när patient och sjuksköterska inleder relationen, har rollen som främling.

I motsats till öppna frågeställningar redogör bland annat Walker och Sewell (1998) och Edwards (2001), för GDS - Geriatric Depression Scale (Gottfries 1995), att användas under upptäckandefasen. Detta är ett hjälpmedel som kan ge en fingervisning om att det kan föreligga en depression. Här presenteras frågor som kräver ja- och - nej svar, något som Sutherland (1995) avrått från. Frågeformulär som GDS kan fylla en viss funktion för att upptäcka depressiva tendenser hos äldre. Dock anser författarna att denna enbart kan användas som ett komplement i processen att upptäcka depressioner. Enligt Jahren Kristoffersen (1997) ska man försöka tolka och förstå patientens situation tillsammans med honom/henne.

Kommunikation med anhöriga, under upptäckandefasen, med avseende att genom dem få en bild av patienten och dennes problem kan vara av värde för att få en bättre förståelse för eventuella bakomliggande orsaker (Valente 1994). Författarna anser dock att detta också kan ge upphov till problem. Att sjuksköterskan och patienten har en bra relation är helt nödvändigt för att

omvårdnadsprocessen ska ge resultat (Peplau 1988). En förutsättning för att kunna prata med anhöriga om patientens problem är att kommunikationen är rak och öppen. Detta måste sjuksköterskan eftersträva både i relationen till patienten och till de anhöriga. Om patienten känner sig kränkt eller förbigången kan relationen både till sjuksköterskan och till de anhöriga skadas. Jahren Kristoffersen (1997) redogör för vad Segesten (1984) skriver om relationstrygghet. Trygghet är en förutsättning för fungerande och konstruktiv kommunikation. För att patienten ska känna sig trygg bör relationen till anhöriga och till sjuksköterskan präglas av kontinuitet, öppenhet, förståelse och ärlighet.

I upptäckandefasen redogör Valente (1994), Kurlowicz (1997) och Edwards (2001) för fysiska tecken som sjuksköterskan ska vara observant på för att kunna upptäcka deprimerade patienter. Många av de fysiska tecken som kan tyda på en depression är enligt Wasserman (2000) diffusa, men det kan vara bra att ha kunskap om DSM-IV (APA 1994). Detta är ett diagnostiskt instrument som är allmänt vedertaget och kan därför också användas av sjuksköterskan som ett hjälpmedel att uppmärksamma patienter som uppvisar tecken på depression.

Angående äldre personer bör sjuksköterskan vara särskilt uppmärksam på patienter med somatiska sjukdomar där fysiska symtom kvarstår trots behandling (Kurlowicz 1997). McKinnon och Shlenker (1994) och Valente (1994) tar också upp psykiska symtom, som till exempel ångest, obeslutsamhet och bristande koncentration och förvirring, som bör leda till misstankar om depression om patienten som uppvisar symtomen är äldre. Till skillnad från i kommunikationskategorin har det under den del av resultatet som handlar om observation, specifikt redogjorts för vad sjuksköterskan bör vara observant på angående äldre patienter. Beträffande observation beskriver Edwards (2001) ett fenomen som kallas ”smiling depression”. Detta är viktigt att känna till och förstå. Genom att vara medveten om att detta förekommer lämnar man kanske inte lika snabbt en patient som verkar nöjd och tillfreds, utan har större möjlighet att kunna se ”bakom fasaden”. Samtidigt måste man respektera den äldres integritet och inte vara för påstridig i sitt uppträdande. Just integritetsaspekten är något som författarna anser borde uppmärksammas mer i samband med redogörelsen för ”smiling depression”. Att respektera den äldres integritet kan kopplas till det Peplau (1988) skriver om sjuksköterskan i rollen som främling. Sjuksköterskan ska bemöta patienten med positivt intresse, men även med samma respekt som i mötet med vilken främmande person som helst.

Under kategorin fysiska förutsättningar framkommer att sjuksköterskan bör hjälpa patienter som ej vill lämna sängen, genom att schemalägga tid när patienten inte ska ligga (McKinnon & Shlenker 1994). Peplau (1988) menar att vårdprocessen måste bygga på samarbete och demokrati för att ge resultat. Detta stämmer ej överens med att sjuksköterskan skulle schemalägga patientens dag. Det borde istället göras i samråd med patienten.

Gibson och Aiken (1994) framhåller vikten av att genom olika åtgärder skydda patienten när man misstänker att det finns risk för suicid. Så gör även Dexter och Wash (1997). De menar att det primära när man uppskattar problem och behov hos den deprimerade patienten är att se till personens säkerhet och minimera risken för självmord.

Beträffande psykiskt stöd, i underkategorin information och undervisning, framkommer att Valente (1994) anser att man när man förbereder en deprimerad patient för utskrivning, ska informera patient och anhöriga om symtom att vara uppmärksamma på, som kan visa på tecken på suicidbenägenhet. Valentens artikel vänder sig till sjuksköterskor, inte bara inom psykiatri, och författarna finner det anmärkningsvärt att så pass laddad information åläggs sjuksköterskan.

När det gäller att bemästra egenvården visade resultatet att sjuksköterskan ska verka för att patienten ska förvärva förmågan att själv sköta sin hygien, egenvård och andra vardagliga handlingar, och att dennes autonomi därigenom ska stärkas (Valente 1994, Kurlowicz 1997). Sjuksköterskan ska hela tiden ge positiv respons till patienten. Detta även i situationer som kanske av en utomstående kan ses som triviala, men som av patienten kan uppfattas som oöverstigliga (Valente 1994). Detta överensstämmer med det som av Jahren Kristoffersen (1997) beskrivs som stöd. Där definieras stöd som olika former av återkoppling, och ska vid hälsobevärande syften ses som hjälp vid bemästrandet av egenvård. Patienten och sjuksköterskan ska enligt Edwards (2001) tillsammans bestämma hur vården ska utformas. Patienten kan på så vis känna stöd från sjuksköterskan och samtidigt få en känsla av kontroll. Valente (1994) betonar att sjuksköterskan inte ska lösa patientens problem, utan enbart hjälpa honom/henne att själv finna lösningar. Detta kan kopplas till vad Peplau (1988) skriver om att relationen mellan sjuksköterska och patient måste bygga på samarbete och demokrati, för att vårdprocessen ska bli konstruktiv.

I resultatet redogörs för vad sjuksköterskan kan göra för att stärka den deprimerade patientens självbild. Omvårdnaden av en deprimerad patient innebär bland annat att kämpa mot patientens negativa syn på sig själv (Gibson & Aiken 1994). Valente (1994) framhåller att patienten behöver hjälp att se sina starka sidor och tillgångar. Detta är en viktig del av omvårdnaden av den deprimerade äldre patienten. Ottosson (1995) framhåller att många äldre utsätts för isolering och nedvärdering, vilket medför att självkänslan kan bli sänkt.

## **SLUTKOMMENTAR**

Många patienter lider, förutom av somatiska problem, av depression (Wasserman 2000). Det är viktigt att alla sjuksköterskor, lär sig att upptäcka och stödja dessa patienter. De resultat författarna fick fram i denna studie grundade sig på artiklar som riktade sig till sjuksköterskor, men som trots det till viss del var av medicinsk karaktär. Det var svårt att finna vetenskapliga studier i ämnet gjorda med betoning på omvårdnad, och författarna anser att mer forskning behövs på detta område. Detta för att depression är ett så vanligt tillstånd hos äldre patienter, och som omvårdnadsansvarig är sjuksköterskan den som ofta har tillfälle att observera och kontinuerligt kommunicera med patienten. Detta är något alla sjuksköterskor bör vara medvetna om och ha i åtanke i mötet med den äldre patienten.

## REFERENS LITTERATUR

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition*. DSM-IV. Washington, DC, American Psychiatric Association.

Baxter L A: Content analysis. In Montgomery B M, Duck S (Eds.): *Studying Interpersonal Interaction*, The Guilford press, New York, pp. 239-274, 1994.

Berg, A. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad. Behandling av personer med depressions sjukdomar*. Stockholm: SBU.

Dexter, G & Wash, M. (1995). *Psychiatric Nursing skills, A patient - centered approach. Second edition*. Stanley Thornes (publishers) Ltd. UK.

Edwards, G. (2001). *Detecting depression in older people*. Professional Nurse. Feb; 16(5): 1081-5.

Eide, H & Eide, T. (1997). *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Studentlitteratur. Lund.

Gibson, DE & Aiken, MM. (1994). *When your patient is depressed*. Journal of Practical Nursing. Jun; 44(2): 8-11.

Gottfries, CG & Karlsson, I (1995). *Modifierad GDS skala*.  
<http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.swedish.html>

Isaacs, A. (1998). *Depression and your patient*. American Journal of Nursing. Jul; 98(7): 26-32.

Jahren Kristoffersen, N. (red). (1997). *Allmän Omvårdnad 1*. Stockholm: Liber

Jahren Kristoffersen, N. (red). (1997). *Allmän Omvårdnad 2*. Stockholm: Liber

Kurlowicz, LH. (1997). *Nursing standard protocol: Depression in elderly patients*. Geriatric Nursing. Sep-Oct; 18(5): 192-200.

Larsson, S & Lilja, J (1998). *Nya perspektiv på depression och ångest*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.

Lyder, CH & Hicks-Price, M. *Developing a nursing care plan for the depressed elderly patient*. Journal of practical nursing. Sep; 42(3): 19-21.

McKinnon, N & Schlenker, D. (1994). *Caring for the depressed elder*. Journal of practical nursing. Dec; 44(4): 16-7.

Ottosson, JO. (1995). *Psykiatri*. Stockholm: Liber utbildning AB.



Peplau, HE. (1988). *Interpersonal relations in nursing*. London: The Macmillan press ltd.

Sutherland, C. (1995). *Ways of tackling depression*. Community Nurse. Feb; 1(1): 18-9.

Valente, SM. (1994). *Recognizing depression in elderly patients*. American Journal of Nursing. Dec; 94(12): 18-25.

Walker, K & Sewell, K. (1998). *Managing depression in older people*. Community Nurse. Oct; 4(9): 30-1.

Wasserman, D. (2000). *Depression- en vanlig sjukdom*. Bokförlaget Natur och Kultur.