MALMÖ UNIVERSITET
FAKULTETEN FÖR HÄLSA OCH SAMHÄLLE

ÅTGÄRDER FÖR ATT SYMTOMLINDRA DEPRESSION ELLER NEDSTÄMDHET HOS ÄLDRE

EN LITTERATURSTUDIE

BEATRICE OTTOSSON
SUSANNA SKOG

Examensarbete i omvårdnad
61–90 hp
Sjuksköterskeprogrammet
Januari 2020

Malmö Universitet
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

ÅTGÄRDER FÖR ATT SYMTOMLINDRA DEPRESSION ELLER NEDSTÄMDHET HOS ÄLDRE

EN LITTERATURSTUDIE

BEATRICE OTTOSSON
SUSANNA SKOG

Ottosson, B. & Skog, S. Åtgärder för att symtomlindra depression eller nedstämdhet hos äldre - en litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng.* Malmö universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för vårdvetenskap, 2020.

Bakgrund: Många äldre lider av nedstämdhet, vilket kan vara ett tecken på depression. Det anses ofta inte som något att söka vård för då det till stor del räknas som en naturlig del av åldrandet. De symtom på nedstämdhet som ignoreras då är: ökad oro, känsla av hopplöshet, sömnsvårigheter, minskad aptit och viktminskning.
Metod: En litteraturstudie med 10 kvantitativa artiklar, artiklarna delades in i fyra kategorier som de sedan presenterades genom. Nivån av symtom mättes med Geriatric depression scale (GDS).
Syfte: Målet med den här litteraturstudien var att undersöka och beskriva åtgärder som kan användas för att lindra depressionssymtom eller nedstämdhet hos äldre.
Resultat: Alla studier hade inte signifikanta sänkningar av GDS i slutet av studien men alla hade det under tiden studien pågick. Den minsta sänkningen av GDS var 4,34 % med minnesterapi (Wang 2005) och den högsta sänkningen var efter interventionen med konst då GDS minskade med 66 % (Ching-Teng M.fl. 2019).
Konklusion: Det sammanfattade resultatet visade att alla interventioner gav bra resultat under tiden studien varade. Enligt de procentuella beräkningarna så var det konst (66 %), mindfulness (50,7 %) och Qi-Gong (41,3 %) som gav bäst resultat enligt GDS skalan.

Nyckelbegrepp: Depressionssymtom, geriatrik, nedstämdhet, sjuksköterska, symtomlindring.

STRATEGIES TO EASE DEPRESSION SYMPTOMS OR BLUES IN THE ELDERLY

A LITERATURE REVIEW

BEATRICE OTTOSSON
SUSANNA SKOG

Ottosson, B. & Skog, S. Strategies to ease depression symptoms or blues in the elderly - a literature review. *Degree project in nursing 15 Credits.* Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Science), 2020.

En litteraturstudie med 10 kvantitativa artiklar, artiklarna delades in i fyra kategorier som de sedan presenterades genom.

Background: Many elderly people suffer from the blues, which can be a sign of depression. It is not often considered something to seek care for as it is largely regarded as a natural part of aging. The symptoms of depression that are then ignored are: increased anxiety, feelings of hopelessness, insomnia, decreased appetite and weight loss.

Method: A literature review of 10 quantitative articles, the articles were selected into 4 different categories and then presented through these. Symptoms were measured with the geriatric depression scale (GDS).

Aim: The main purpose of this literature study was to investigate and describe what measures that can be used to prevent or alleviate depression symptoms or the blues in the elderly.

Results: All the studies did not have significant reductions of GDS at the end of the study but they all had it during the study. The smallest reduction of GDS was 4.34 % with reminiscence therapy (Wang 2005) and the highest decrease was after the intervention with art when GDS decreased by 66 % (Ching-Teng M.fl. 2019).

Conclusion: The summarized results showed that all interventions produced good results during the study. According to the percentage calculations, art (66 %), mindfulness (50.7 %) and Qi-Gong (41.3 %) gave the best results according to the GDS scale.

Keywords: Blues, depression symptom, geriatric, nurse, symptom relief.

INLEDNING 4
BAKGRUND 4
Depressionssymtom och nedstämdhet hos äldre 4
Äldre i samhället 5
Gerotranscendens 6
Livskvalitet 6
Sjuksköterskan, kärnkompetens och omvårdnad 6
PROBLEMFORMULERING 8
SYFTE 8
METOD 8
Design 8
Inklusions och exklusionskriterier 9
Litteratursökning 9
Urvalsprocessen 11
Kvalitetsgranskning 11
Dataanalys 132
RESULTAT 143
Aktivitetsintervention 165
Mental intervention 165
Beröringsintervention 176
Djurintervention 176
METODDISKUSSION 187
Vald metod 187
Styrkor och svagheter 187
RESULTATDISKUSSION 198
KONKLUSION 20
FÖRSLAG TILL FÖRBÄTTRINGSARBETE OCH KVALITETSUTVECKLING 221
REFERENSER 23
Bilaga 1. Sökblock 1-3 287
Bilaga 2. Artikelmatris 1-10 332

INLEDNING

Intresset till att göra denna studie uppkom under tidigare VFU period som utfördes på vårdboenden. Där upplevde vi att det fanns mycket som kunnat göras men som inte gjordes för att förbättra boendesituationen för dem äldre som kunnat påverka deras mående positivt. Intrycket var att personalen gick mycket på rutin och till viss del hade slutat att se dem boende som enskilda personer med olika behov. Det rycktes på axlarna när det togs upp att någon av dem boende mådde psykiskt dåligt, det kändes tråkigt och som sjuksköterskestudent i den situationen var det svårt att stå sidan om eftersom sjuksköterskeutbildningen fokuserar mycket på personcentrerad omvårdnad. Sjuksköterskan arbetar med all vårdpersonal som ett team är essentiellt för att få en fungerande vård. Sjuksköterskan är ansvarig för omvårdnadsarbetet runt patienten och det kan vara en tung arbetsbelastning med alla arbetsuppgifter. För att underlätta arbetet med de äldre behövs åtgärder som kan höja det psykiska måendet.

Vissa av åtgärderna i det här arbetet kanske redan är uppmärksammade medans andra är mer innovativa och ovanliga i Sverige. De allra flesta kommer på något sätt att komma i kontakt med äldrevården så borde det ligga i allas intresse att förbättra äldrevården. Individens behov ser olika ut och det finns mycket som påverkar det psykiska måendet generellt, så som miljö, sociala kontakter och bemötande. När ämnet depression och nedstämdhet hos äldre utforskas kommer det säkerligen dyka upp fler faktorer som påverkar och förbättrar det psykiska måendet i form av åtgärder som kan appliceras i just den miljön som personen befinner sig i, åtgärder som inte enbart sjuksköterskan kan göra utan potentiellt även andra i personens omgivning. Genom en kort överblick i ämnet är målet med denna litteraturstudie att kunna visa på vilka åtgärder som fungerar för att de äldre ska känna sig mer tillfredsställda med tillvaron och därigenom minska nedstämdhets- och depressionssymtomen.

BAKGRUND

Depressionssymtom och nedstämdhet hos äldre

Psykisk ohälsa är en benämning på ett stort område som innefattar både mildare tillstånd som nedstämdhet, oro och ångest, samt svårare tillstånd som kräver en psykiatrisk diagnos. Många äldre lider av nedstämdhet, vilket kan vara ett tecken på depression. Det anses inte som något att söka vård för då det ofta kan räknas som en naturlig del av åldrandet. De symtom på nedstämdhet som ignoreras då är: ökad oro, känsla av hopplöshet, sömnsvårigheter, minskad aptit och viktminskning (Skårderud m.fl 2013). Enligt Socialstyrelsen (2013) beräknas cirka 11–15 % av befolkningen över 65 år drabbas av depression, siffran för yngre personer är 4–10 %. Enligt Hoover m.fl (2010) så ökar incidenten på depression med ca 20 % efter att personen har bott på vårdboende i ett år (a.a.). Det är det sociala nätverket på vårdboendet som verkar viktigt för depressions- och ensamhetsnivån snarare än kontakten och besöken med familj och vänner (Fessman och Lester 2000).
Förklaringarna till varför äldre ofta lider av depression är ofta stress och stora förändringar i livet som sker. Stora förändringar kan vara att man: blir vårdare till sin svårt sjuka partner, att partnern går bort, att man inte längre kan arbeta och tappar sitt sociala sammanhang.

Även fysisk sjukdom kan vara en förklaring till att man drabbas av depression, många äldre visar fysiska symtom som till exempel trötthet, huvudvärk, öronsusningar, yrsel och smärta

vid depression och då behandlas ofta de fysiska symtomen men de psykiska behandlas ej och depressionen fortskrider (Socialstyrelsen 2013). Det är också vanligt att depressionen visar sig med andra fysiska besvär som: förstoppning, viktnedgång och mag-tarmbesvär. Symtom som kan visa på att någon har en depression är liknande dem till nedstämdhet. Förutom nedstämdhet så är symtomen som föreligger vid depression: orkeslöshet, låg självkänsla, koncentrationssvårigheter eller demenssymtom, skuldkänslor, tappat intresse, ångest, irritation eller ilska, fysiska symtom som nämnts ovan samt självmordstankar och självmordsförsök. En fjärdedel av dem som tar livet av sig i Sverige varje år är pensionärer (Lindqvist 2016).

Depression hos äldre kan även ha demensliknande symtom, då ses symtom som: släpig gång, motorisk nedsatthet, minskad ansiktsmimik, koncentrationssvårigheter samt nedsatt närminne. Om depressionen behandlas kan symtomen försvinna. Även om depression kan förekomma vid demens är även symtomen lika och behöver skiljas åt och utredas (Gottfries och Londos 2004). Trots att depression är vanligare hos äldre än vad demens är så uppmärksammas det i mycket mindre skala och det tros bero på att depression som psykiskt problem i många fall hamnar i tomrummet mellan vården och omsorgen (Rolfner Suvanto 2018). Depression är också relaterat med fysisk funktionshämning och det påverkar även personens rehabiliteringsförmåga. Det kan vara svårt att diagnostisera och upptäcka depression men till hjälp finns det olika skattningsskalor och frågeformulär att använda som ger goda resultat i upptäckandet av den. Då äldre patienter är mer tveksamma till att söka vård för mental ohälsa blir det svårare att fånga upp dem innan de flyttar in på ett vårdboende (Vieira m.fl 2014).

Depression räknas till en av folkhälsosjukdomarna och är det vanligaste psykiska problemet hos äldre över 65 år. Riskfaktorer för suicid är manligt kön och ålder. Äldre män har en högre risk att fullborda ett självmord på grund av dem i större utsträckning utvecklar psykisk ohälsa än äldre kvinnor. När det gäller suicidrisk för kvinnor så är den högsta prevalensen då i gruppen 75 år och äldre. Det vanligaste sättet för äldre att avsluta sina liv är genom det “tysta suicidet” och det kännetecknas av matvägran och det är sedan bristen på näring och/eller vätska som gör att de avlider (Gottfries och Londos 2004). Enligt Socialstyrelsens (2019) årliga lägesrapport om de äldres vård och omsorg så är det tre gånger så många män än kvinnor som avlider av suicid i åldern 65+. Mellan 2016 och 2017 ökade antal suicid hos äldre män med 5 %. Den vanligaste åtgärden för äldre med psykisk ohälsa är läkemedel (a.a.).

Äldre i samhället

Trots att behovet har ökat inom de olika insatserna: särskilt boende, hemtjänst, korttidsboende och dagverksamhet, så sker en stadig minskning på alla de områdena (Socialstyrelsen 2019). Det har också visat sig att äldre över 85 år är mer ensamma än resten av befolkningen och att det är en stor bidragande faktor till att den psykiska ohälsan hos äldre är så hög. Att behandla psykisk ohälsa hos äldre med läkemedel är vanligt men inte att erbjuda psykologisk hjälp. Var 5:e person i Sverige var 65 år eller äldre 2017. Medellivslängden har ökat till 84,1 år för kvinnor och till 80,7 år hos män (a.a.).

Gerotranscendens

Gerotranscendens beskrivs som en teori om det friska och goda åldrandet och den kan ge insikt i hur det normala åldrandet kan vara i motsats till hur åldrandet ses på nu där det psykiska måendet inte prioriteras och depression ses som en naturlig del av att bli gammal (Kurlowicz 1997; Wadensten 2010). Den innehåller både vägen och resan till mognad och vishet för den som åldras. Teorin baseras på att synen på livet ändras med tiden likt en bergsbestigare som i takt med klättringen uppåt kan se mer och mer av världen (livet) runtomkring och uppe på toppen kan man slutligen se tillbaka på hela sin livsresa. I takt med att man åldras så förändras också ens syn på åldrandet och livet självt. Man blir mindre inriktad på det materialistiska och blir istället mer fokuserad på det inre och andliga. Tecken på gerotranscendens kan vara: att man får en förändrad syn på tid och olika stadier i livet flyta ihop, man får en ökad känsla av att vara en del av ett sammanhang istället för en enskild person för sig själv, man blir mindre rädd för döden då det blir naturligt och många andra positiva egenskaper som utvecklas med åldrandet (Wadensten 2010).

Livskvalitet

När vi talar om livskvalitet så är det ett svårt begrepp att tolka då det skiljer och ändrar sig från en individ till en annan i deras olika stadier i livet. Det går att till exempel uppleva hög livskvalitet trots en obotlig sjukdom eller en funktionsnedsättning, det skulle kunna vara att fortsätta vara engagerad i sina hobbies i den mån som är möjlig, umgås med familjen, inte ha ont under natten så att man kan sova, äta gott och att själv kunna välja när man vill ha det tyst runt sig (Lindqvist 2016).

WHO's definition av livskvalitet:

> *"..an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, personal beliefs, social relationships and their relationship to salient features of their environment."* (WHO 2019).

Det finns en rad olika mätinstrument för livskvalitet som belyser olika perspektiv i människans tillvaro, två exempel på sådana är bland annat EQ5D som inriktar sig på: egenvård, rörlighet, vardagliga aktiviteter, sinnesstämning, smärta och allmäntillstånd. Samt SF-36/SF-12 som innehåller 36 alternativt 12 frågor om fysisk funktion, smärta, allmän hälsa, vitalitet, social funktion, emotionell funktion och psykiskt välbefinnande (Lindqvist 2016). Nivån av livskvalitet har ett starkt samband med hur skör en person är. Skörheten i att inte ha styrka i armar och ben till exempel, som påverkar personens möjlighet till att gå och bära saker på egen hand. Att vara fysiskt utmattad påverkar den psykiska hälsan negativt (Crocker 2019).

Sjuksköterskan, kärnkompetens och omvårdnad

När det talas om omvårdnad och sjuksköterskan är det kärnkompetenserna som det är fokus på. De sex kärnkompetenserna är personcentrerad vård, informatik, evidensbaserad vård, samverkan i team, förbättringskunskap och säker vård (Leksell och Lepp 2013). Begreppet samverkan i team handlar om att kunna ta hänsyn, läsa av vad andra behöver och att arbeta bredare tillsammans med andra vårdprofessioner. Essensen i ett teamarbete är att kunna

erbjuda hjälp åt andra samt att ta emot hjälp från andra. Teamarbetet ska göra det enklare för patienten i vården. Allt arbete som sker är både kopplat till patienten och strategiskt utformat. När olika professioner samlas och diskuterar olika situationer blir det en handlingsberedskap på vad som kan ske och utmaningar som teamet kan ställas inför. Genom förarbetet och genom att arbeta tillsammans och sätta ord på svårigheter och lösningar blir det enklare att hantera utmaningar, hinder och problem (a.a.).

Patienternas komplexa behov är något som kräver hjälp av olika professioner. När samverkan mellan professionerna ökar och rollerna och arbetssättet blir tydligare kan patienterna känna sig tryggare. Eftersom vårdprocessen blir snabbare och enklare för alla kan patientens behov bli tillgodosett och utmaningen blir inte lika svårlöst (a.a.). Samspelet mellan sjuksköterskan och patienten spelar väldigt stor roll då en korrelation mellan depression och en dålig relation med sjuksköterskan visat sig finnas. En indirekt påverkan på ångest finns också eftersom depression och ångest hänger ihop. Så sjuksköterskan kan påverka patientens mående bara genom att skapa en bra relation till denne (Pruchno och Rose 2000).

Sjuksköterskan är omvårdnadsansvarig för patienterna och ska se till att de alltid har det som de behöver i stunden för en så god vård som möjligt kan uppnås. Sjuksköterskan ska även se till att den har tillräcklig kunskap, förståelse, färdighet och förmåga, samt värderingsförmåga och ett förhållningssätt som gör det möjligt att utöva yrket under patientsäkra förhållanden med en god omvårdnad (Finnström 2019). Enligt Kihlgren m.fl. (2000) så ska sjuksköterskan ansvara för patientens omvårdnad och efter bästa förmåga möta personen oavsett i vilket tillstånd hen befinner sig i för tillfället. Hen ansvarar också för att föra vidare sina kunskaper till sina kollegor så att patienterna kan få den bästa vården som möjligt och ger stöd till sina kollegor i deras yrkesutveckling. Sjuksköterskan behöver även följa patienternas kort- och långsiktiga mål, ha en holistisk syn på vården, vilket innebär att inneha en helhetssyn på människan som är patient och som även innefattar närstående och det team av personal som vårdar patienten (a.a.).

Genom att hålla sig uppdaterad om nya forskningsrön och se till att patientens behov tillgodoses behöver man som sjuksköterska söka upp åtgärder och hjälpa till med utförandet av dem för att kunna motivera till förändring. För att patienten ska få reda på att en åtgärd finns är det sjuksköterskan som behöver tillhandahålla informationen (Svensk sjuksköterskeförening 2017), när patienten sedan är informerad om att en eller flera åtgärder finns tillgängliga kan denne sedan besluta sig för om hen vill prova den och sjuksköterskan gör det möjligt att utföra genom teamet av personal runt patienten.

Det som passar en person behöver inte passa en annan, därför är det viktigt att ha ett urval av metoder att använda sig av för att kunna hitta den som fungerar bäst för individen. Att kunna erbjuda ett alternativ som fungerar är viktigt i ett tidigt skede för att förhindra att depressionen fortskrider, när rätt åtgärd används för rätt patient höjs kvalitén på vården. Hurvida en patient ska få en åtgärd eller ej avgörs inte på åldern på patienten utan på s förmåga att utföra den, hur svår depressionen är avgör vilken behandling som kan tillämpas på patienten. Valet av behandling sker i samråd med patient och närstående. En god kontinuitet och tillgänglighet är speciellt viktigt och ger en bättre prognos och ökar förutsättningarna för patienten (Socialstyrelsen 2017). Vilken metod som används som behandling ska alltid anpassas till vilken person som ska få behandlingen, hur deras behov ser ut och det ska ske i samråd med patienten. Därför är ett stort urval av rekommendation för behandling bra för valmöjlighet för patienten ska finnas och få ett så gott resultat av behandlingen som möjligt (a.a.).

Enligt Manthorpe och Iliffe (2005) så är depressionsutbildningen av den drabbade och personalen runt omkring viktig samt att försöka ta reda på hur personen själv uppfattar sin situation, vad orsaken till depressionen är och om det finns något som skulle kunna hindra en förbättring. Det är viktigt att den drabbade vet att deras depressionssymtom antagligen inte kommer att försvinna snabbt, helt och att det kanske till och med är flera återkommande episoder (a.a.).

Som sjuksköterska är det också viktigt att utveckla sin medkänsla för andra för att kunna möta andras lidande. För att inte bli avtrubbad och drabbas av medkänslotrötthet som gör det svårare att ta till sig andras lidande och visa medkänsla som skapar en distansering. Att vara närvarande i mötet med patienten är en förmåga som behöver underhållas och utvecklas (Gilbert 2009; Neff 2003; Knobloch Coetzee & Klopper 2010). Det kan göras på samma sätt som för patienterna, med mindfulness. genom att lyssna på vad patienten har att berätta kan vara första steget i skapandet av en relation mellan patient och sjuksköterskan. Att lyssna, ge tid och utrymme ge tid för reflektion och att finnas där för patienten är essentiellt i skapandet av en allians, allt det här ger bekräftelse till patienten om att sjuksköterskan finns där och det ger patienten plats att hitta sig själv i sina känslor i stunden (Fredriksson 2019).

PROBLEMFORMULERING

Vården av äldre cirkulerar oftast kring det somatiska måendet och lindrandet av fysiska symtom på olika sjukdomar. Fokus behöver finnas i både somatisk och psykiatrisk riktning för att kunna se till hela människans mående. Den psykiska hälsan förbises ofta hos äldre, både av dem själva och av vårdpersonalen. Många äldre lider av depression och nedstämdhet och det kan vara svårt att fånga upp de med psykisk ohälsa eftersom många av symtomen är fysiska. Det är därför vanligt att enbart lindra de symtomen eftersom de är lättare att identifiera. Därför är det viktigt att veta om det finns åtgärder som höjer livskvalitén och vilka som har visat sig ge goda resultat på den psykiska symtomlindringen vid nedstämdhet och depression.

SYFTE

Målet med den här litteraturstudien är att undersöka och beskriva olika åtgärder som kan användas för att lindra depressionssymtom eller nedstämdhet hos äldre.

METOD

Design

En litteraturstudie tolkar och jämför olika artiklar med varandra och därigenom bildas en övergripande sammanställning av resultaten. De artiklar som bäst har svarat på frågeställningarna i det här arbetet var de med kvantitativ ansats. Valet av kvantitativa studier gjordes då det fokuserar mer på det mätbara med beskrivande inslag. En grundläggande litteraturstudie som summerar och utvärderar redan existerande kunskap om ett specifikt ämne kunde bäst svara på frågeställningen. Genom att ställa en fråga (problemformulering) används sedan den frågan för att studera området (Machi & McEvoy 2012). Området är

baserat på problemformuleringen, denna formar hela litteraturstudien. Litteraturstudiens utkomst är avbildat från vad som har identifierats och resultatet av sökningen (a.a.). Valet av litteraturstudie som design gjordes för att den kunde uppfylla syftet. Genom att de sökta artiklarna tog upp relevanta åtgärder som bäst kunde svara på problemformuleringen.

Inklusions och exklusionskriterier

Det inkluderades artiklar som handlade om allmänsjuksköterskan som kommit i kontakt med depression hos äldre i olika grad. Det var även viktigt att de individuella artiklarna skulle svara på minst en av arbetets frågeställningar. Artiklarna som var intressanta var de med kvantitativ tillämpning. Artiklar som efter kvalitets- och relevansgranskning fick lågt kvalitetsresultat med risk för hög bias exkluderades och de med medelhög eller hög kvalitet och hög relevans inkluderades. Alla artiklar skulle ha gjort en egen vetenskaplig studie, helst en randomiserad kontrollerad studie för att få en högre tillförlitlighet (Willman m.fl. 2017). De artiklar som efter innehållsanalysen visade ett fungerande resultat inkluderades.

De artiklar som inte svarar på syftet och inte har en signifikant skillnad i resultatet som visar att åtgärden fungerar mot nedstämdhet-, ångest- eller depressionssymtom eller de som inte förhöjer livskvaliteten har exkluderats från resultatet för att få ett studieresultat med åtgärder som kan användas mot nedstämdhets- och depressionslindring. Artiklarna som också exkluderades var dem som hade fokus på äldre med kognitiv nedsättning, annan psykiatrisk sjukdom och åtgärder med läkemedel uteslöts. De som bara fokuserade på sjuksköterskans intervention och som handlade om sjuksköterskans upplevelse av att vårda äldre med depression uteslöts även.

Litteratursökning

Den här litteraturstudien har sammanställt och granskat vetenskapliga artiklar med kvantitativ ansats som blivit publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Vi identifierade vilka databaser som var relevanta, de databaser som passat vårt ämne var CINAHL, PubMed och PsycINFO (Willman m.fl 2011) beroende på att de haft artiklar som varit relevanta till syftet. Alla artiklar söktes fram genom de nämnda databaserna. I de databaserna var det lätt att hitta artiklar som hade en vårdvetenskaplig inriktning, CINAHL har artiklar gällande omvårdnad, PubMed användes då de har artiklar gällande medicin och PsycInfo för att den databasen har artiklar gällande psykiatri (a.a.). POR-modellen (tabell 1) användes vid sökning av artiklar för att skapa sökblock, inom sökblocken kombinerades sökorden med den booleska termen "OR" och sökblocken kombinerades sedan med att använda den booleska termen "AND" för att få ett relevant söksvar. Den booleska termen "NOT" användes inte för att bredda vårt sökresultat och för att inte råka missa relevanta artiklar.

Genom POR-modellen kom sökorden fram och sökblocken kunde sättas ihop enklare. De slutgiltiga sökningarna presenteras i bilaga 1. Där har sökorden sjuksköterska, depression och vårdboende i olika synonymer använts på engelska. Sökorden har arbetats fram genom sökningar för att få fram ett resultat som kommer så nära syftet som möjligt och för att komma fram till en rimlig mängd träffar i den slutgiltiga sökningen. Vid sökningen användes samma sökord i alla databaser, sökorden var: depression, nurs*, "nursing interventions", QOL, "quality of life", "depression symptoms", HRQL, "health related quality of life", blues, elderly, "geriatric care" då sökningen baseras på POR-modellen för att få fram en relevant sökning, se Tabell 1. POR-modellen underlättar sökblocksindelningen och gav ett sökresultat som var eftersträvansvärt (Willman m.fl 2011). Trunkering (*) har använts på ordet nurs för att får fram alla sökord som börjar på nurs, det inkluderar till exempel nurse, nursing och

nurses. Sökningen anpassades efter de olika databaserna då de är uppbyggda på olika sätt till exempel gick det inte att använda “Mesh-termer” från PubMed i CINAHL utan där används “HEADING” och i PsycINFO används “Thesaurus”.

Tabell 1. Utformning av sökblock enligt POR-modellen

P - Population	O - Område	R - resultat
Ålder 65 år och äldre	Depressionssymtom	Åtgärder
	Nedstämdhet	
	Livskvalitet	
Sökblock 1: elderly & geriatric care	Sökblock 2: depression, depression symptoms. Sökblock 3: HRQL, “health related quality of life”, QOL, “quality of life”, well-being & “well being”	Sökblock 4: “nursing interventions” & nurs*

Den data som tagits fram är främst relevant avseende depression- och nedstämdhetssymtom och lindrandet av dem. Åtgärderna ska vara saker som vårdpersonal och andra personer runt den drabbade personen kan utföra eller informera om. Den information som artiklarna analyserades ordnades efter var 1) Publiceringsår 2) Urval 3) Studiens längd 4) Geriatric depression scale resultat 5) medelålder 6) livskvalitetsbedömning 7) kontrolltyp, se Tabell 3. Sökblocken som användes finns i bilaga 1-3. Målet var att få fram olika typer av interventioner som fungerade, både fysiska och mentala för att bredda urvalet, artiklarna skulle inte fokusera på enbart det som sjuksköterskan kan utföra. Första ansatsen var att få fram artiklar som lindrade depressionssymtom, efter första sökningen gjorts utökades sökningen till att inkludera ämnena nedstämdhet och livskvalitet.

Tabell 2. Sökresultat från databaser

Databas	Sökning	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar i fulltext	Antal granskade artiklar	Antal utvalda artiklar till resultatet
CINAHL	S15 AND S16 AND S17 AND S18*	200	54	5	3	2
PubMed	S15 AND S16 AND S17 AND S18*	2059	122	12	8	5
PsychInfo	S14 AND S15 AND S16 AND S17*	302	65	11	11	3

*Förklaringar för sökorden finns i bilaga 1.

Urvalsprocessen

I urvalet av artiklar lästes 241 abstrakt, 28 i fulltext och av dem granskades 22 för att se om vidare analys skulle utföras och tio artiklar valdes ut till litteraturstudiens resultat (Tabell 2). De artiklar som tog med i studien har kvalitets- och relevansgranskats. De som hade hög eller medelhög kvalité och hög relevans valdes sedan ut. Av de artiklar som valdes ut hade fem stycken hög kvalitet och fem hade medelhög kvalitet, alla artiklar hade hög relevans, de med medelhög kvalitet ansågs ändå passa denna litteraturjämförelse och inte påverka den negativt. Urvalet underlättades genom förutbestämda kriterier: att studien var relevant till vår problemformulering och hade en åtgärd mot depression samt att åtgärden fungerade. Det kontrollerades genom att depressions nivåerna var sänkta med hjälp av mätinstrument som till exempel GDS. Efter kvalitetsgranskningen valdes de artiklar bort som inte uppfyllde kraven på hög eller medelhög nivå. Vi har följt Willman m.fl (2011) instruktioner om plan för sökning genom att först identifiera tillgängliga resurser genom att göra upp en tidsplan för arbetet och bestämma plats där arbetet skrevs. Genom att avgränsa sökningen med åtgärder som fungerar och åtgärder som inte är läkemedel blev huvuddragen tydligare.

Kvalitetsgranskning

För att kontrollera att alla artiklar som skulle användas var av god kvalitet så granskades de noggrant med kvalitetsgranskningsmall från SBU (2019) för att det är lättare att få en enhetlig kvalitetssäker granskning. Bland annat kontrollerades artiklarnas risk för systematiska fel och intressekonflikter som ifall att författarna till studierna kan tjäna på en viss utkomst av studien togs i åtanke, men inga sådana intressekonflikter fanns. Vid kvalitetsgranskningen av artiklarna som användes har en färdig mall använts för randomiserade studier då deltagarna i alla studier randomiserat delades in i studiegrupper (a.a.). Granskningen gjordes av två parter på alla studier. Majoriteten av frågorna (över 70 %) skulle ha högt resultat för att artikeln skulle räknas ha hög kvalitet, för medelhög kvalitet var det flest medelhöga svar (över 50%) och de med låg kvalitet (under 50%) exkluderades från studien.

Den här litteraturstudien har inte gjort någon egen forskning men ett etiskt perspektiv har använts när artiklarna valdes ut. Alla deltagare i studierna skrev på samtyckesformulär innan

någon intervention påbörjades samt hade alla rätten att hoppa av studien. Det är viktigt att forskarna som skrivit artiklarna använt ett etiskt förhållningssätt så att personerna som deltagit i studierna är skyddade och även att dem har tagit hänsyn till deras fundamentala rättigheter och värde som människor (Sandman och Kjellström 2018). Det ska inte finnas någon risk att människorna som deltagit i studierna nyttjats på ett oberättigat sätt. Det kan vara på ett så enkelt sätt att de inte informerats tillräckligt om vad studien innebär i tidsåtgång för dem. Respekt är således en viktig grund inom forskningsetiken, att behandla människor med hänsyn även om de inte vill delta i studien. Den som arbetar inom vård och omsorg har två roller: den ena är att tillämpa vården och den andra är att förbättra den. De två rollerna kommer inte sällan i konflikt med varandra även fast båda rollernas syften har samma slutmål, nämligen att förbättra vården och omvårdnaden för patienterna. Forskning kan till exempel störa patienternas vård när dem ställer obekväma frågor om deras behandling och då strör salt i såren så att deras situation förvärras. Sjukvårdspersonalen kan också försvåra forskningen genom att välja att inte vilja vara delaktiga på grund av olika anledningar. Det finns fyra grundläggande krav som forskarna måste infria under arbetets gång. De kraven finns där för att se till att det är patientens välmående som är viktigare än forskningen även om forskningen är viktig för många fler än bara individen. Det är etikkommittén som granskar forskarnas projekt och kommer med synpunkter så att forskarna kan reflektera och komma till en förståelse om sitt ansvar i frågan (a.a.).

Dataanalys

Vid analysen av den data som uppkommit från artiklarna har främst en konventionell innehållsanalys använts enligt Hsieh och Shannons (2005) tre analysformer. Den konventionella analysen som kodar och hittar samband mellan studier genom upprepad genomläsning användes för att dela in artiklarna och deras innehåll i kategorier som sedan var kärnan i hur resultatet delades in. Den riktade analysformen som innebär att bestämma nyckelord för analys användes för att få fram artiklar med en GDS nivå som var sänkt i slutet av studien eller under studiens gång. De här två analysformerna användes tillsammans för att få fram vilka åtgärder som fungerar. Innehållsanalyserna användes först för att få fram kategorierna och för att få fram om studierna var de vi sökte efter för att få svar på vår problemformulering. De studierna som inte höll måttet ratades och det påbörjades en ny litteratursökning och analysen började om. Beskrivande statistik användes vid analys av GDS och hur siffrorna förändrades före och efter interventionen. En powerberäkning har gjorts på alla studier för att få fram signifikansen, om ett p-värde var under 0,05 beräknades studiens resultat som signifikant. De mätinstrument som användes för att analysera resultaten var bl.a. Geriatric Depression Scale (GDS), MADR-S, Beck Anxiety Inventory (BAI), PSQI, GHQ-test, HAM-A och Faces pain scale (FPS), de mätinstrument som användes som ej var relevanta för vårt resultat plockades bort, de vanligaste som de flesta studier använde sig av var GDS.

Studien baseras på 10 studier med olika åtgärder mot depression. Under tiden som artiklarna granskades växte några kategorier fram. När kategorierna bildats blev det tydligt att alla artiklar inte passade in tillsammans med de andra artiklarna i varken grupper eller par och valdes därför bort och en ny databassökning gjordes enbart för att få fram artiklar som sedan kunde sättas in i de kategorierna där det fattades material. När 10 artiklar sedan hittats så blev det tydligt att tre artiklar handlade om någon form av *aktivitets intervention*, tre stycken tog upp någon form av *mental intervention*, två artiklar handlade om akupressur och reiki healing som är en form av *berörings intervention* och två studerade hundbesök därav kategorin *djurintervention*. Efter att artiklarna delats in i fyra kategorier så jämfördes resultaten inom

respektive kategori. Att dela in åtgärderna i kategorier gjordes dels för att lättare kunna jämföra artiklarna och för att få fram ett säkrare resultat till denna litteraturstudie, och dels för att både författarna och läsarna lättare skulle få en överblick över åtgärderna.

Förklaring av förkortningar

Nedan kommer en förklaring på de olika mätinstrument som är relevanta i litteraturstudien:

BAI: *Beck Anxiety Inventory,* 21 stycken flervalsfrågor som mäter ångest. 1-3 poäng per fråga där 63 är högsta poäng. Över 36 poäng visar på oroande nivåer av ångest (Beck m.fl. 1988).
BDI: *Beck Depression Inventory,* ett formulär med 21 stycken flervalsfrågor för depression. Uppbyggt som BAI (Beck m.fl 1961)
CES-D: ett självskattningsformulär som består av 20 frågor som mäter det emotionella måendet den senaste veckan (Radloff 1977).
EQ5D: *Euro-Qol 5-dimensions,* Mäter nivån av hälsorelaterad livskvalité på en 0-100 skala (EuroQol 2017).
FPS: *Faces pain scale.* Finns många olika modeller på dem här skalan, där patienten får beskriva sitt humör genom att peka på vilket tecknat ansikte som bäst stämmer in just då.
GDS: *Geriatric Depression Scale.* en självskattningsskala, på 15, 20 eller 30 frågor.
Efter deltagaren har skattat sig själv på alla frågor analyseras svaren av frågeställaren och om resultatet ligger över 5 beräknas deltagaren vara i riskzonen och depression kan misstänkas. (Greenberg, S. A. 2019; Vårdgivare Skåne 1995)
GHQ-test: *General Health Questionnaire,* 12 eller 28 frågor på ett självskattningsformulär (Goldberg & Hillier 1979).
HAM-A: *Hamilton Anxiety Rating Scale,* tar 10-15 min att utföra. Är en skala som mäter ångestnivån, max 56 poäng, under 17 mild ångest, 18-24 mild till medel och 25-30 indikerar medel till svår ångest (Hamilton 1959).
MADR-S: *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale,* självskattningsskala för att bedöma svårighetsgraden av depression (Montgomery & Åsberg 1979).
PSQI: *Pittsburgh Sleep Quality Index,* 17 frågor/flervalsfrågor för sömn (Buysse et al. 1989).

RESULTAT

En systematisk sökning efter artiklar som skulle svara på syftet resulterade i tio artiklar som gjorts mellan år 2005 och 2019 i Danmark, Hongkong, Italien, Iran, Kina, Taiwan, Turkiet och USA.

Urvalet varierade mellan 25 och 4116 personer. Längden som studierna höll på i varierade mellan 1 enstaka tillfälle och sex månader. Åldersgruppen var 55-99 år och medelåldern var 75,31 år. Det som var det främsta fokus i resultatet var nivån på mätningarna av bland annat GDS och hur det hade sänkts. Ett bra resultat på samtliga enkäter innebar att depressionssymtomen hade minskat och då hade en låg poäng. Depressionssymtomen mättes före, under, efter och i en del av studierna så gjordes även uppföljningstester en tid efter avslutad studie. Alla studier hade inte signifikanta sänkningar i slutet av studien men alla hade det under tiden studien pågick. Den minsta sänkningen av GDS var 4,34 % (Wang 2005) och den högsta sänkningen var efter interventionen med konst då GDS minskade med 66 %. De artiklar som sammanfattas nedan i (Tabell 3) ligger under kategorierna: “aktivitets intervention”, “mental intervention”, “beröringsintervention” och “djurintervention”.

Tabell 3. Artikelinformation

Studie **Kategori**	**Urval**	**Studiens längd**	**Antal män**	**Antal kvinnor**	**QOL**	**GDS medel-sänkning i poäng**	**GDS i % sänkning**	**Medel ålder**	**Kontrolltyp**
1. Liwei, J. M.fl. 2018 Aktivitets intervention	120	6 mån	42	78	Förbättrades	1,1 a, 0,83 b, 2,44 c	18,6 % a, 14,1 % b, 41,3 % c	75	Alla fick någon sort av intervention. 41,3 %
2. Ching-Teng, Y. M.fl. 2019 Aktivitets intervention	55	3 mån	26	29	Ej angett	5,65	66 %	78,4	Ingen intervention.
3. Lok, N. M.fl. 2017 Aktivitets intervention	80	10 v.	44	36	Ökade signifikant	7*	38,9 %	Ej angett, alla över 65 år	Ingen intervention. 38,9 %
4. Ahmadpanah, M. m.fl. 2017 Mental intervention	36	4 v.	0	36	Ej angett	4,12	50,7 %	69,23	Fritidsaktiviteter. 50,7 %
5. Chiang, K-J. M.fl. 2009 Mental intervention	92	2 mån	92	0	Ej angett	2,93**	15,3 %	77,42	Ingen intervention - väntelista.
6. Wang, J-J. 2005 Mental intervention	48	4 mån	29	19	Ej angett	0,4	4,3 %	--	Ingen intervention. 4,3 %
7. Molassiotis, A. M.fl. 2019 Berörings intervention	118	12 v.	36	82	Förhöjd precis i slutet av studien och sänkt igen i efterkontrollen	2,9	27,3 %	75,2	Placebo-akupressur och ingen intervention.

8. Richeson, N. E. M.fl. 2010 Berörings intervention	25	8 v.	9	16	Ej angett	2,8	35,9 %	63,8	Ingen intervention - väntelista. 35,5 %
9. Thodberg, K. M.fl. 2016 Djur-intervention	124	6 v.	38	86	Ej angett	1-5	Ingen förändring	85,5	Ingen kontrollgrupp.
10. Ambrosi, C. M.fl. 2018 Djur-intervention	31	10 v.	--	--	Ej angett	6,65	33.5 %	84,85	Ingen intervention. 33,5 %

a: grupp som fick KBT
b: grupp som fick Qi-Gong
c: grupp som fick både KBT och Qi-Gong
* Angett i Beck Depression Inventory (BDI)
** Angett i Center for epidemiological studies depression scale (CES-D)

Aktivitetsintervention

Studierna under denna kategori hade alla resultat där minskningen av depressionssymtom var signifikant (Lok m.fl. 2017; Ching-Teng m.fl. 2019;). Artiklarna av Liwei m.fl. (2018) och Lok m.fl. (2017) mätte även livskvaliten hos deltagarna och den var märkbart högre i testgruppen än i kontrollgruppen vid sluttestet. Studien om fysisk aktivitet (Lok m.fl. 2017) angav sitt resultat i Beck Depression Inventory (BDI) sänktes med 38,9 %. I studien av Liwei m.fl. (2018) var det tre grupper som fick olika interventioner, där den procentuella GDS-sänkning var a) 18,6 %, b) 14,1 %, c) 41,3 %. Studien undersökte ifall KBT och Qi-Gong hade effekt på depression, ensamhet och QOL hade tre studiegrupper: en som enbart fick KBT, en som endast gjorde Qi-Gong och en grupp som fick båda interventionerna. Resultatet blev att den grupp som fick gjort både Qi-Gong och KBT hade lägst GDS resultat i slutet av den sex månader långa studien. Det var i konstterapistudien (Ching-Teng, Y. m.fl. 2019) som visade det högsta redovisade resultatet i sänkning av depressionssymtom i procent 66% och i GDS-poäng 5,65 jämfört med innan interventionen.

Mental intervention

De tre enskilda studierna (Ahmadpanah m.fl. 2017; Chiang m.fl 2009; Wang 2005) visade att depressionssymtomen hade minskat från förtesterna fram till eftertesterna. Alla deltagare i de separata interventionsgrupperna hade signifikant lägre resultat på GDS enligt posttesterna direkt efter interventionerna. Som interventioner gjordes fristående mindfulness och minnesterapi (a.a.). De som deltog i studierna om minnesterapi fick intervention 90 minuter och 30-45 minuter i veckan, under en period av 8 veckor respektive 4 månader (Chiang m.fl 2009; Wang 2005). Minnesterapi är en metod där deltagarna möter en forskare där de pratar om saker som får de att minnas olika tillfällen i deras liv som har påverkat dem på olika sätt, de kan välja ut objekt att prata om eller ämnen, även musik och TV-program finns som samtalsämnen. Objekten fungerar som samtalsstartare och ska stimulera till att minnen uppdagar sig och vilka känslor som tillkommer blir ett samtalsämne att prata om. Deltagarna ska bli mer medvetna om sina känslor gällande de samtalsämnena och kunna identifiera

positiva aspekter gällande relationer och upplevelser (a.a.). Fristående mindfulness (Ahmadpanah m.fl. 2017) som användes som intervention innebar att deltagarna fick tänka på vad som händer här och nu och bara fokusera på tänkandet, det handlade om att du kan rikta dina tankebanor dit du vill, som att vara medveten om dina negativa tankar och styra dem. I föregående nämnd studie (a.a.) som varade i fyra veckor, gjordes uppföljningstesterna fyra veckor efter studiens slut medan i studien av Chiang m.fl (2009) gjordes uppföljningstesterna efter tre månader och i den andra minnesterapi studien av Wang (2005) så fanns ingen uppföljningstest utan det var bara en kontroll direkt efter interventionen. I samtliga studier höll sig depressionsnivåerna lägre än vid interventionens början och i de två studierna som hade uppföljningstester så höll sig depressionsnivåerna fortfarande sig lägre än innan interventionen (Ahmadpanah m.fl. 2017; Chiang m.fl 2009; Wang 2005).

Beröringsintervention

Som intervention under denna kategori fanns akupressur och reiki (Richeson, N. E. m.fl. 2010; Molassiotis, A. m.fl 2019). Det fanns signifikanta skillnader mellan bluffgruppen som fick akupressur på fel punkter och akupressurgruppen vid både efterkontroll och uppföljningskontrollen (Molassiotis, A. m.fl 2019). Deltagarna i studien fick akupressur 4 gånger i veckan varje vecka i 12 veckor. De som initialt gav akupressur var forskningsassistenter i ämnet och övervakade informell vårdpersonal som de sedan utbildade i att ge akupressur till deltagarna. Skillnaden mellan akupressurstudien och andra studier i denna litteraturstudie är att den är indelad i tre grupper varav en får riktig akupressur, en får bluffakupressur och en grupp får ingen intervention alls. De som ska utföra akupressuren på deltagarna får en anatomisk karta på kroppen med punkter de ska trycka på, på de som får bluffakupressur är de punkterna som ska tryckas på inte på de punkter som är sagda att ge effekt. Det gjordes för att testa om det faktiskt var akupressuren som gav effekt eller om det var själva beröringen. Observatören kontrollerade hela tiden att allt utfördes på ett korrekt sätt. Skillnaden mellan grupperna var beräknat i GDS 2,9 i den riktiga akupressurgruppen, 2,1 i bluffakupressurgruppen och 0,9 i kontrollgruppen utan någon intervention alls. Livskvalitén höjdes hos de som fick intervention (a.a.) under tiden studien pågick men återgick till baslinjen i efterkontrollen, livskvalitet mättes ej i Reikistudien (Richeson, N. E. m.fl. 2010). Det ingick reiki i 45 minuter för de som fick interventionen, före reikin så pratade deltagarna med reikimästaren om vad målet med dagens möte var, hur det har varit sedan sista mötet och sedan när metoden utfördes så skulle reikimästaren skicka energi som passade mottagarens önskemål genom att hålla sina händer ovanför eller på olika delar av kroppen för att ge energi eller chi som det också kallas. Energin ska skapa personlig och andlig utveckling. Interventionen utfördes av 2 utbildade reikimästare 1 gång i veckan under 8 veckor. Det visade sig stora sänkningar i både depressionssymtom, ångest och smärta jämfört med kontrollgruppen, det var ett litet urval på 25 deltagare och testerna utfördes med icke-parametrisk statistik (a.a.). Alla resultat i båda studierna var signifikant sänkta i interventionsgrupperna i både slutet av studierna och i efterkontrollerna (Richeson, N. E. m.fl. 2010; Molassiotis, A. m.fl 2019).

Djurintervention

Studien utav Thodberg m.fl. (2015) om djurintervention visade att GDS inte hade sänkts när det mättes efter studiens avslut men att det blev en förbättring under tiden som den pågick. GDS presenterades inte som exakt medelvärde, resultatet visade att GDS hade sänkts mellan 1-5 poäng under tiden studien pågick med en signifikant minskning $p = <0,05$, en vecka efter studien var GDS värdet inte signifikant sänkt $p = >0,05$. Studien pågick i 6 veckor,

deltagarna fick 12 möten i 10 minuter per möte med djuret som antingen var med en riktig hund, en robotsäl eller ett gosedjur, vilken grupp deltagarna hamnade i var randomiserad. Det som observerades var hur mycket deltagarna rörde vid djuret eller talade till dem (a.a.). Den andra studien som utfördes av Ambrosi m.fl. (2018) fick en signifikant sänkning på GDS med en medelsänkning på 6,65 i GDS-poäng (33.5 %), denna studie varade i 10 veckor. Deltagarna fick träffa djuren i 30 minuter en gång i veckan, observationen fokuserades på tilltal till hunden och icke verbal kommunikation mellan deltagare och hund som t.ex. att klappa hunden. det mättes även hur mycket deltagarna interagerade med observatörerna. Varannan minut noterade observatören vilken handling som deltagaren utförde i den stunden (a.a.). Studierna visade att en sänkning av depressionssymtom var möjlig genom besök av hundar men att fortsatt forskning inom området behövs för att säkerställa ett gott resultat som fungerar i längden (Thodberg m.fl. 2015; Ambrosi m.fl. 2018).

METODDISKUSSION

Vald metod

Den här litteraturstudien började med att ha granskat 18 artiklar, 12 stycken lades åt sidan då de hade för låg kvalitet. Under analyserandet av resultaten så växte fyra kategorier fram eftersom det gav ett bättre resultat när de med ungefär likadana interventioner jämfördes. Kategorierna gjorde resultaten mer lättöverskådliga och dessutom mer intressanta då det annars hade blivit tio olika interventioner som inte hade haft lika hög reliabilitet då det inte hade gått att jämföra dem på samma sätt. Efter skapandet av kategorierna fanns det fyra artiklar som inte längre passade in eftersom de då hade hamnat utanför de fyra kategorierna. Det behövdes då sökas upp fyra nya artiklar, med samma sökord på samma databaser som tidigare fast att de artiklarna skulle gå att jämföra med de artiklarna som redan fanns. Bland annat behövdes en ny artikel till kategorin “djurinterventioner”.

Fokus låg på att hitta artiklar med åtgärder som bevisligen fungerade genom att ha minskat på depressionssymtomen. Det kontrollerades genom att se på resultaten som de olika mätinstrumenten visade, ett bra resultat och således sänkta depressionsnivåer visade sig genom låga poäng på de olika depressionsskalorna. Att enbart söka efter artiklar med bra resultat berodde på syftet med denna litteraturstudie, det vill säga att få fram åtgärder som lindrar nedstämdhet eller depression hos äldre. Hade syftet varit att till exempel hitta vilka åtgärder som redan fanns inom vården och vilka som fungerade bäst så hade resultatet säkert varit väldigt annorlunda. Nu fanns det ändå en variation bland artiklarnas resultat som gick att jämföra med varandra, vilket också var intressant men frågan är hur tillförlitligt det resultatet är då ingen av studierna pågick i lika lång tid, hade samma antal deltagare eller hade en efterkontroll efter samma tidsperiod. Den valda metoden valdes för att en litteraturstudie studerar ett antal vetenskapliga artiklar som redan är granskade, godkända och publicerade, vilket ger en styrka till litteraturstudien, fler studier att analysera är mer stärkande än bara en.

Styrkor och svagheter

Studierna är ofta gjorda i andra länder och vissa är äldre än tio år, det kan ha hänt en del nytt på de åren från att de gjordes till idag. Att studierna är gjorda utomlands kan vara både en styrka och en svaghet, en styrka för att vi kan ta studierna hit och applicera dem på våra vårdboenden om det är omvårdnadsåtgärder som vi inte har här i Sverige till exempel på grund av kulturella skillnader, en svaghet eftersom äldrevården i andra länder kanske inte

liknar vår och våra regler på hur vårdboenden styrs och regleras. Att studierna är gamla kan vara en svaghet då det behövs göras nya studier för att vara säker på att studierna representerar dagens verklighet och ny forskning kommer hela tiden, så det som inte var mycket efterforskat för 20 år sen kanske är det nu då mycket händer inom forskningsvärlden snabbt och kan då ha många fler studier att stärkas genom. En annan svaghet kan vara att deltagarantalet är få, för att göra en bedömning med hög tillförlitlighet är det desto större deltagarantal desto högre tillförlitlighet som gäller (Willman 2017).

Styrkor med studierna är att de alla är granskade och publicerade, det vill säga vetenskapliga artiklar och att de är randomiserade, att studien är randomiserad kan ses som en sorts kvalitetsstämpel för vetenskapliga studier (a.a.). Samt att studierna är granskade av två oberoende parter är också en styrka.

Det var svårt att söka fram artiklar från olika databaser med samma sökord då sökningen i PubMed resulterade i över 2000 artiklar, i CINAHL blev det 200 och i PsycInfo drygt 300 stycken. Det gick inte att ändra sökorden i PubMed utan att det blev alldeles för få artiklar i CINAHL och PsycInfo och att söka igenom över 2000 abstract i PubMed var väldigt ansträngande, därigenom finns risken att många bra och kanske bättre artiklar fanns att hitta men som försvann i havet av alla andra i just den databasen. Att också ta till beaktning är att författarna till litteraturstudien inte har erfarenhet inom litteraturstudier eller kvantitativa studier då det är deras första litteraturstudie och därav kan resultatbias finnas.

RESULTATDISKUSSION

Ett tydligt mönster som dök upp efter att ha sammanställt resultaten från alla artiklarna var att kontrollgrupperna ofta också fick förbättrade depressionssymtom under studiens gång vilket kan bero på en medvetenhet om att de blir observerade, även kallad för Hawthorne effekten (Sundell och Ogden 2012). Det kan leda till att studiernas resultat inte är lika tillförlitliga då deltagarna kan har ändrat sina beteenden omedvetet som i alla studier där människor observeras. Även de deltagarna som inte fick ta del av den riktiga interventionen kände sig ändå uppmärksammade och speciella på ett sätt, kanske bara genom att vara med i studien och på så sätt få det sociala eller sällskap som de fattas (a.a.). Sjuksköterskan inom äldrevården har då en stor möjlighet att kanske bara genom att ge de boende uppmärksamhet och bekräftelse få dem att må bättre är en lätt och kostnadseffektiv åtgärd som inte behöver ta så mycket tid om det görs lite varje dag och på så sätt kan förebygga nedstämdhet.

Enligt Uvnäs Moberg (2000) så är både fysisk och social kontakt väldigt viktigt för människor i alla åldrar på grund av att oxytocin frisätts när vi är lugna och det här peptidhormonet behövs i kroppen för en mängd olika orsaker till exempel för att minska på stressnivåer, sänka puls och blodtryck. Det Ulvnäs Moberg kallar lugn och ro systemet är känsligt för förändringar och om lugn och ro minskar när stressen ökar så påverkar det våra kroppar och sinnen negativt. Hormonet oxytocin upptäcktes först i samband med amning men som tidigare nämnt har det många andra positiva effekter i kroppen förutom att ge lugn åt ammande mödrar och bebisar. Nämligen så påverkar det även matsmältningen och näringsupptaget genom att det ökar när man är mätt och belåten. Det finns ämnen och signalsubstanser som ökar respektive hämmar frisättningen av oxytocin, några exempel på höjande är: glutamat, kolecystokinin och vasoaktiv intestinal polypeptid. Hämmande ämnen är bland annat: gaba, enkefaliner, betaendorfin och dynorfin (a.a.).

Det finns kanske en risk att en nedstämd äldre person inte finner motivationen eller orken för att prova en åtgärd hur mild den än kan verka. Depression hos äldre kan innebära att personen isolerar sig och får ett minskat socialt liv, kanske beroende på att nära vänner och många bekanta går bort, så är det bra om behandlingen för depression inkluderar aktivitet med andra. Det kan vara fördelaktigt för den mentala hälsan, speciellt för den äldre personen, att genom att starta nya aktiviteter så skapas därmed också nya sociala nätverk.

Aktivitetsintervention

Ett alternativ till behandling vid depression är fysisk aktivitet (Socialstyrelsen 2017). De som erbjuds fysisk aktivitet som behandling vid depression är de som lider av lindrig till medelsvår egentlig depression. Fysisk aktivitet är en behandling som påverkar både den psykiska och den fysiska hälsan positivt. Att erbjuda fysisk aktivitet som psykiatrisk behandling är inte något som prioriteras högt men det är något som kan göras. I de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom från Socialstyrelsen (2017) finns det 108 rekommenderade åtgärder och de nämner att fysisk aktivitet har en positiv effekt som behandling och det går inte att jämföra med placebobehandling. Dock får man ta i beaktning att en äldre människa, särskilt någon som är nedstämd kanske har mindre lust och ork att utföra en fysisk aktivitet och dessutom har de kanske också en nedsatt fysisk förmåga. Det utgör en stor begränsning på aktiviteter. Ytterligare en aspekt är att de som fortfarande vårdas i hemmet kanske inte får någon möjlighet eller erbjudande om att utföra en aktivitet, vilket såklart är synd för det minskar det sociala nätverket och ökar risken för att personen redan hamnat i en depression innan hen flyttar till ett vårdboende.

Mental intervention

I den mentala interventionen ingår minnesterapi och fristående mindfulness som inte ska blandas ihop med "vanlig" mindfulness vilket är mer en buddistisk meditationsteknik för att kunna befinna sig här och nu och för att kunna uppnå självmedvetenhet (Wells 2006). Mindfulness finns som rekommendation i från Socialstyrelsen (2017) men de nämner även där att det behövs mer forskning inom området. Enligt Wadenstam (2010) så är det viktigt att förbättra aktiviteterna för äldre så att man kan hjälpa dem i deras resa mot gerotranscendens. Hon tar bland annat upp reminiscenssamtal (minnesterapi), meditation, gruppsamtal och drömanalyser som aktiviteter som kan hjälpa dem äldre att känna samhörighet och delaktighet i gruppen. Alla äldre skulle få möjligheten att må psykiskt bra, få lov att leva sina sista år i harmoni och det borde finnas hjälpmedel för vårdpersonalen att kunna ge dem boende det innan det handlar om palliativ vård (a.a.). Med mindfulness och minnesterapi som behandling ökar man självmedvetenheten och känslan av att kunna ta hand om sina egna reaktioner (Wiklund Gustin 2017). Genom en bättre självkännedom så är det möjligt att utveckla en bättre medkänsla för sig själv. Genom de här mentala interventionerna kan medvetenheten om de kroppsliga reaktionerna ökas och känslorna blir lättare att komma i kontakt med. Välbefinnandet främjas genom en utökad reflektion om sambandet mellan kropp och själ. De verktygen går sedan att användas i vardagen för att kunna hantera jobbiga situationer. Det kan handla om allt från att reglera sin andning till att handskas med rädsla och oro som kan uppkomma. När verktygen ges till patienten kan den själv använda dem vid lämpliga situationer och ta sig igenom sin vardag på ett enklare sätt (Rentala m.fl (2015).

Studien om mindfulness (Ahmadpanah m.fl. 2017) varade enbart i 4 veckor, det kan vara för kort tid för att få ett rättvist resultat. Då blir det svårare att se om studiens reliabilitet är reproducerbar och hur den utspelar sig under en lång tidsperiod. Att studiernas

uppföljningstest skiljer sig åt i hur lång tid efter sista interventionen de sker påverkar utkomsten, ett test som är utfört nära inpå avslut kan ge ett högre positivt svar än ett uppföljningstest som är utfört långt efter sista interventionen. Desto längre ifrån testet desto högre risk för sänkta resultat, men också högre säkerhet i att resultatet är reliabelt. Det hade varit lättare att analysera resultaten om alla studierna hade pågått lika länge och om de hade haft sina uppföljningstester efter samma tidsperiod.

Djurintervention

Forsatt forskning behövs inom djurterapi, studierna undersökte även hur mycket deltagarna interagerade med observatörerna. För att utesluta att det var djuren och inte det mänskliga umgänget i rummet som påverkade behövs fler studier göras (Thodberg m.fl. 2015; Ambrosi m.fl. 2018). En av studierna visade att desto mer kognitivt adekvata deltagarna var desto större chans att de interagerade med människan i rummet istället och att de med svårast kognitiv störning var de som mest troligen pratade och klappade på gose- och robotdjuren (Thodberg m.fl. 2015). Det kan innebära att behovet av socialt bemötande är något som är en av våra grundläggande behov som människor och behöver tillgodoses men att de kan tillgodoses på olika sätt. För att stimulera en person med kognitiv svikt krävs det mindre än för den som är kognitivt adekvat. De som har demens har lättare för att utföra handlingar utan betänkande som att tala med djur eller gosedjur istället för människor och leva ut sina fantasier mer då de sociala spärrarna inte längre finns så som förut. Alla tycker dock inte om djur och får inte en god upplevelse, finner inte tröst i eller känner uppmuntran av att möta, klappa eller tala med djur. Då studien utav Thodberg m.fl. (2015) inte visade ett sänkt resultat av GDS i slutet av interventionen utan enbart under studiens gång så var det något som diskuterades men som ändå valdes att ha med trots den här litteraturstudiens exklusionskriterier.

Beröringsintervention

När vi pratar om beröring som terapi är det viktigt att tänka på att alla inte är bekväma med att bli berörda, att tänka på att kommunicera med patienten om vad som sker och se till att inget sker utan tillåtelse från alla parter. Respekt för patientens egna sfär och bli inbjuden till den är viktigt. Beröring är en del av omvårdnaden och varje patient har sitt eget behov av mängden av beröring, vissa finner tröst i det andra inte lika mycket. Mänsklig kontakt är en del av våra basala behov och vissa finner det lika viktigt som den verbala kommunikationen i omvårdnaden (Gleeson & Higgins 2009). Reiki och akupressur är båda beröringsinterventioner som skapar ett band mellan mottagaren och givaren genom både beröring och samtal. Eftersom skillnaden mellan bluffakupressur och akupressurgruppen var liten är det svårt att tyda om det var effekten av akupressuren som gav resultatet. Men då det gav resultat i både bluff- och akupressurgruppen kan tolkningen vara att det påverkar positivt med beröring. Det är också svårt att veta om de akupressurpunkter som användes i bluffgruppen inte är riktiga akupressurpunkter med effekt. Skillnaden mellan de som fick beröring och de som inte fick någon var större än den som fanns mellan de olika grupperna som fick beröring, med det resultatet styrker det att beröring fungerar bättre än ingen beröring. För att kunna dra ytterligare slutsatser behövs vidare forskning göras.

KONKLUSION

Att många av dem äldre i placebogrupperna fick färre depressionssymtom och förhöjd livskvalité under studierna får en att förstå hur viktig den personliga vårdkontakten med människor är. Speciellt för äldre som förlorat en partner, nära vänner eller som inte har så god kontakt med släkt och vänner längre. Bor man på ett vårdboende eller bor kvar hemma med enbart hemtjänst som social kontakt så kanske det finns en stor risk för depression.
Det sammanfattade resultatet visade att alla interventioner gav bra resultat under tiden studien varade. Av de studierna som hade uppföljningstester så hade de med mental inriktning fortsatt bra GDS resultat, vilket betyder att de hjälper mer i längden än vad till exempel hundbesök gör. Enligt de procentuella beräkningarna så var det konst (66 %), mindfulness (50,7 %) och Qi-Gong (41,3 %) som gav bäst resultat enligt GDS skalan.

FÖRSLAG TILL FÖRBÄTTRINGSARBETE OCH KVALITETSUTVECKLING

När man tittar på äldrevården idag så kan man lätt få uppfattningen att det är en bortglömd del av vården. Att det aldrig finns tillräckligt med personal eller resurser för att se till att de äldre på vårdboenden eller med hemsjukvård mår så bra som de kunde göra både fysiskt men särskilt psykiskt. Övrig vårdpersonal såsom vårdbiträden är sällan utbildad tillräckligt på grund av att personalbristen tvingar vårdboenden att anställa dem som finns tillgängliga och inte alltid dem med bäst kvalifikationer. Sjuksköterskan är ofta ensam med ansvar över många boende vilket gör att arbetsbelastningen är för hög och för att sjuksköterskan ska hinna med allting med sina patienter och då prioriteras den somatiska vården och det administrativa arbetet medan det psykiska måendet ofta glöms bort.

Den största bristen tenderar att vara att ingen riktigt tar ansvar för det psykiska måendet hos dem äldre, är det en fråga för primärvården eller landstinget? Det borde vara allas ansvar att uppmärksamma. Att veta vem som har ansvaret för att sätta upp rutiner som gör det lättare att identifiera omvårdnadsbehoven vid depression samt för att kunna förebygga den borde vara glasklart för personalen, chefer och politiker. Det skulle spara mycket onödigt lidande för de äldre oavsett om de bor på vårdhem eller kvar i sitt egna hem. Det finns många olika mätinstrument för att upptäcka depression det som behöver säkerställas är användandet av dem. Att sätta rätt diagnos är viktigt för att kunna behandla personen så bra som möjligt. Depression har dessutom många negativa konsekvenser som också påverkar det fysiska till exempel matvägran och sömnproblem. Det verkar finnas en del omvårdnadsåtgärder som gör att det i förlängningen går att minska på användandet av läkemedel med ungefär 450 miljoner kronor (Socialstyrelsen 2019), vilket är fördelaktigt både för patienten, sjuksköterskan, vårdpersonalen och för landet. När patienten fångas upp tidigt blir patientens förutsättningar för ett god tillfrisknande mycket bättre. En god kontakt mellan vården och patienten är oumbärlig för en patient med ångest och depression (Socialstyrelsen 2017).

Det hade kanske varit en bra idé att utöka vårdteamet med en kurator på både vårdboenden och inom hemvården för de äldre att samtala med vid behov. Att ge den personal som redan finns där en lättare psykiatriutbildning för att kunna identifiera depressionssymtom tidigt och se till att alla mätinstrument används samt att patienternas psykiska hälsa följs upp så som den somatiska hälsan görs är en viktig del i vad som kan göras för äldrevården idag.

Att göra de äldre som vill mer involverade socialt genom att erbjuda gruppsamtal och reminiscensterapi borde vara en ganska enkel åtgärd för att höja sinnesstämningen och minska på depressionssymtomen. Sjuksköterskan har dock en stor roll i hur de äldre inom äldrevården tas om hand då hen ska se till att omvårdnaden för sina patienter är så bra som möjligt och den psykiatriska aspekten borde vara minst lika viktig som den somatiska. En annan viktig aspekt är att det måste vara återkommande åtgärder då människors mentala hälsa är en färskvara som kräver kontinuerliga insatser för att underhållas. Genom att ha sammanställt och belyst de här åtgärder har det förhoppningsvis blivit tydligare vilka åtgärder som kan användas och sen göra dem till en rutin som alltid finns med i omvårdnadsarbetet.

REFERENSER

Ahmadpanah, M., Akbari, T., Akhondi, A., Haghighi, M., Jahangard, L., Bahmani, D. S., Bajoghli, H., Holsboer-Trachsler, E., Brand, S. (2017) *Detached mindfulness reduced both depression and anxiety in elderly women with major depressive disorders*, Psychiatry Research Volume 257, November 2017, s. 87-94

Ambrosi, C., Zaiontz, C., Peragine, G., Sarchi, S., Bona, F. (2018) *Randomized controlled study on the effectiveness of animal-assisted therapy on depression, anxiety, and illness perception in institutionalized elderly*, Psychogeriatrics 2019; vol. 19: s. 55–64

Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R. A. (1988). *An inventory for measuring clinical anxiety:* Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 56, s. 893-897.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, vol 4, s. 561-571.

Buysse, D. J., Reynolds, C. F., 3rd, Monk, T. H., Berman, S. R., Kupfer, D. J. (1989). *The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research*. Psychiatry Research, 28(2), s. 193–213.

Chiang, K-J., Chu, H., Chang, H-J., Chung, M-H., Chen, C-H., Chiou, H-Y, Chou, K-R. (2009) *The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged*, International Journal of Geriatric Psychiatry 2010; 25: s. 380–388.

Ching-Teng, Y., Ya-Ping, Y., Yu-Chia, C. (2019) *Positive effects of art therapy on depression and self-esteem of older adults in nursing homes*, Social Work in Health Care, 2019, vol. 58, no. 3, s. 324–338

Crocker, T. F., Brown, L., Clegg, A., Farley, K., Franklin, M., Simpkins, S., Young J. (2019) *Quality of life is substantially worse for community-dwelling older people living with frailty: a systematic review and meta-analysis*, Quality of life research.

Danielsson, E., (2017) *Kvalitativ innehållsanalys* I: Henricson, M. (Red) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*, (2:a uppl) Lund, Studentlitteratur AB, s. 290-291

EuroQol (2017) EQ-5D-3L | About >https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-3l-about/< HTML (2020-01-02)

Fessman, L. och Lester, D. (2000) *Loneliness and depression among elderly nursing home patient*, Aging and human development, Vol. 51, Center of the study of suicide, Blackwood, New Jersey, U.S.A.

Finnström, B (2019) *Den professionella sjuksköterskan i dagens vård*, I: Dahlborg, E., *Att bli sjuksköterska*, (3:e uppl) Lund, Studentlitteratur AB, s. 71-96

Fredriksson, L. (2019) *Vårdande kommunikation - att samtala om hälsa, lidande och vårdande* I: Wiklund Gustin, L. (Red) *Vårdande vid psykisk ohälsa - på avancerad nivå,* Lund, Studentlitteratur AB

Gilbert, P. (2009) *The compassionate mind,* Oakland, New Harbinger Publications

Gleeson, M., Higgins, A (2009) *Touch in mental health nursing: an exploratory study of nurses' views and perceptions,* Journal of psychiatric and mental health nursing, vol. 16 ,s. 382-389

Goldberg DP, Hillier VF (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med vol. 9: s. 139-145.

Gottfries, G. C., Londos E., Sandman P. O. (2004) *Depression och demens hos äldre,* Helsingborg, Lundbeck AB.

Greenberg, S. A. (2019) *The Geriatric Depression Scale (GDS),* Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University Rory Meyers College of Nursing, Issue Number 4

Gudmundsson, P. (2018) Skrivanvisningar för studenter vid Fakulteten för Hälsa och Samhälle. Malmö: Malmö Universitet.

Hamilton, M. (1959) *The assessment of anxiety states by rating.* British Journal of Medical Psychology, vol. 3, s. 50-55.

Hoover, D. R., Siegel, M., Lucas, J., Kalay, E., Gaboda, D., Devanand, P., Crystal, S. (2010) *Depression in the first year of stay for elderly long-term nursing home residents in the U.S.A.,* International Psychogeriatrics.

Hsei, H. F., Shannon, S. E. (2005) *Three approaches to qualitative content analysis,* Qualitative health research, 15 (9), 1277-1288

Kihlgren, M., Johansson, G., Engström, B., Ekman, Sirkka-Liisa, (2000) *Sjuksköterskans värdegrunder* I: Kihlgren, M., *Sjuksköterskan, ledande och ledare inom omvårdnad,* Lund, studentlitteratur AB.

Knobloch Coetzee, S., Klopper, H. C. (2010) *Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis.* Nursing and health sciences, vol. 12, s. 235-243

Kurlowicz, L. H., NICHE faculty (1997) *Nursing standard practice protocol: Depression in elderly patients*, Geriatric Nursing, 18, s. 192-200

Leksell, J., Lepp, M. (2013) *Sjuksköterskans kärnkompetenser*, Stockholm, Liber AB, s. 139–158

Lindqvist, E-L. (2016) *Äldres hälsa och livskvalitet*, Malmö, Gleerups utbildning AB, s. 71, s. 124–127

Liwei, J., Jin, Y., Zhang, X., Wang, F., Song, Y., Xing, F. (2018) *The effect of Baduanjin qigong combined with CBT on physical fitness and psychological health of elderly housebound,* Medicine

Lok, N., Lok, S., Canbaz, M. (2017) *The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: a Randomized controlled trial,* Archives of Gerontology and Geriatrics Volume 70, May–June 2017, Pages 92-98

Machi, L. A., McEvoy, B. T. (2012) *The litterature review - six steps to sucess,* Thousand Oaks, Corwin, s. 2-7

Molassiotis, A., Suen, L., Lai, C., Chan, B., Hong Yun Wat, K., Tang, J., To, K-L., Leung, C-O., Lee, S., Lee, P., Tong Chien, W. (2019) *The effectiveness of acupressure in the management of depressive symptoms and in improving quality of life in older people living in the community: a randomised sham-controlled trial,* Aging & Mental Health, Informa UK Limited, UK

Montgomery S. A., Åsberg, M. (1979) *A new depression scale designed to be sensitive to change*, British journal of psychiatry 1979, vol. 134, s. 382-389

Neff, K. D. (2003) *Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. Self and identity, 2, s. 85-101*

Pruchno, R. A., Rose, M. S. (2000) *The Effect of Long-Term Care Environments on Health Outcomes,* The Gerontologist Vol. 40, No. 4, s. 422–428, U.S.A.

Radloff, L.S. (1977) *The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population,* Applied Psychological Measurement 1:s. 385-401, 1977.

Rentala, S., Fong, T. C., Nattala, P., Chan, C. L. W., Konduru, R. (2015) *Effectiveness of body-mind-spirit intervention on well-being, functional impairment and quality of life among depressive patients - a randomized controlled trial,* Journal of advanced nursing, 71, 2153-2163

Richeson, N. E., Spross, J. A., Lutz, K., Peng, C. (2010) *Effects of Reiki on Anxiety, Depression, Pain, and Physiological Factors in Community-Dwelling Older Adults*, Research in Gerontological Nursing, Vol. 3, No. 3, U.S.A

Rolfner Suvanto, S. (2018) *Psykisk ohälsa hos äldre,* Stockholm, Gothia Fortbildning AB.

Sandman, L., Kjellström, S. (2018) *Etikboken*, Lund, Studentlitteratur.

SBU, *(2019)* Vår metod >https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_randomiserade_studier.pdf< *(2019-12-16)*

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E. (2011) *Psykiatri: Själ-Kropp-Samhälle*, Stockholm, Liber AB.

Socialstyrelsen (2019) *Vård och Omsorg om äldre, lägesrapport.*

Socialstyrelsen (2017) *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom - stöd för styrning och ledning*

Socialstyrelsen (2013) *Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa, slutrapport.*

Steer, R. A., Kumar, G., Ranieri, W. F, Beck, A. T (1998) *Use of the Beck Depression Inventory-II with Adolescent Psychiatric Outpatients*, Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, Vol. 20. No. 2, 1998

Sundell, K., Ogden, T. (2012) *Introduktion* I: Sundell K, (Red) *Att göra effektutvärderingar*, Stockholm, Gothia förlag AB, kap 1, s 26.

Thodberg, K., Sørensen, L. U., Christensen, J. W., Poulsen, P. H., Houbak, B., Damgaard, V., Keseler, I., Edwards, D., Videbech, P. B. (2015) *Therapeutic effects of dog visits in nursing homes for the elderly*, Psychogeriatrics 2016; 16: 289–297

Uvnäs Moberg, K. (2000) *Lugn och beröring, oxytocinets läkande verkan i kroppen*, Borås, Natur och kultur, s 31, 42, 81, 142.

Vieira, R. E., Brown, E., Raue, P. (2014) *Depression in older adults: Screening och referral*, Special interest paper, vol 37, No. 1, s.24-30, U.S.A.

Vårdgivare Skåne, (1995) Geriatric depression scale - GDS-20-skalan >https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/blanketter---fillistning/geriatric-depression-scale.pdf< HTML (2020-01-02)

Wadenstan, B. (2010) *Det naturliga åldrandet, Om vägen till gerotranscendens*, Vårdförlaget

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

Wells, A. (2006) *Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques*, Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, Vol. 23, No. 4, UK.

Willman, A., Stoltz, P. och Bahtsevani, C. (2016) *Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*, Lund, Studentlitteratur AB, s 61-8, s 93

WHO, *(2019)* WHOQOL: Measuring quality of life >https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/< HTML *(2019-11-08)*

Bilaga 1. Sökblock 19-11-19

Databas, Sökning	Sökord	Filter	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar i fulltext	Antal granskade artiklar	Antal utvalda artiklar till resultat
PubMed, S19	S15 AND S16 AND S17 AND S18	Språk: Engelska Ålder: 65+	2059	122	12	8	5
PubMed, S18	S12 OR S13		2522519				
PubMed, S17	S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11		850351				
PubMed, S16	S4 OR S5		114668				
PubMed, S15	S1 OR S2 OR S3 OR S6		78324				
PubMed, S14	“geriatric care”		2830				
PubMed, S13	elderly		5261241				
PubMed, S12	“quality of life”		89003				
PubMed, S11	“health related quality of life”		41917				
PubMed, S10	QOL		36455				
PubMed, S9	HRQL		3382				

PubMed, S8	“well being”		73170				
PubMed, S7	well-being		6942362				
PubMed, S6	“depression”[Mesh]		50436				
PubMed, S5	“nursing interventions”		4326				
PubMed, S4	nurs*		939576				
PubMed, S3	Blues		1757				
PubMed, S2	“depression symptoms”		5742				
PubMed, S1	depression		427577				

Sökblock 19-11-19

Databas, sökning	Sökord	Filter	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar i fulltext	Antal granskade artiklar	Antal utvalda artiklar till resultat
CINAHL, S19	S15 AND S16 AND S17 AND S18	Språk: Engelska Ålder: 65+	200	54	5	3	2
CINAHL, S18	S13 OR S14		2522519				
CINAHL, S17	S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12		850351				

CINAHL, S16	S4 OR S5		114668				
CINAHL, S15	S1 OR S2 OR S3 OR S6		78324				
CINAHL, S14	“geriatric care”		930				
CINAHL, S13	elderly		87,903				
CINAHL, S12	“quality of life”		159,407				
CINAHL, S11	QOL		13637				
CINAHL, S10	HRQL		1296				
CINAHL, S9	“health related quality of life”		55,812				
CINAHL, S8	“well being”		50499				
CINAHL, S7	well-being		50511				
CINAHL, S6	depression		150,224				
CINAHL, S5	“nursing interventions”		11,896				
CINAHL, S4	nurs*		790,674				
CINAHL, S3	Blues		11872				
CINAHL, S2	“depression symptoms”		6888				
CINAHL, S1	(MH”depression”)		96,847				

Sökblock 19-11-19

Databas, sökning	Sökord	Filter	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar i fulltext	Antal granskade artiklar	Antal utvalda artiklar till resultat
PsycInfo, S18	S14 AND S15 AND S16 AND S17	Språk: Engelska Ålder: 65+	302	65	11	11	3
PsycInfo, S17	S12 OR S13		67737				
PsycInfo, S16	S6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11		154303				
PsycInfo, S15	S4 OR S5		166292				
PsycInfo, S14	S1 OR S2 OR S3		334,867				
PsycInfo, S13	elderly		66624				
PsycInfo ,S12	“geriatric care”		1463				
PsycInfo, S11	QOL		10013				
PsycInfo, S10	HRQL		943				
PsycInfo, S9	“health related quality of life”		11326				
PsycInfo, S8	“well being”		90683				
PsycInfo, S7	well-being		90683				
PsycInfo, S6	“quality of life”		85060				

PsycInfo, S5	“nursing interventions”		1382				
PsycInfo, S4	nurs*		166,292				
PsycInfo, S3	Blues		12930				
PsycInfo, S2	“depression symptoms”		5686				
PsycInfo, S1	depression		322857				

Bilaga 2. Artikelmatris 1

Author, Title, year, country	Aim, purpose	Method	Number of asked participants/number of participants	Main findings	Study quality
Alex Molassiotis, Lorna Suen, Claudia Lai, Ben Chan, Karen Hong Yun Wat, Jenny Tang, Kui-lung To, Cheung-on Leung, Sara Lee, Paul Lee & Wai Tong Chien *The effectiveness of acupressure in the management of depressive symptoms and in improving quality of life in older people living in the community: a randomised sham-controlled trial* 2019 Hongkong, China	The primary purpose of the study was to analyze the clinical effectiveness of acupressure in the management of depression in elderly people compared to patients receiving sham acupressure or no intervention at all except for the regular care they get.	Randomised sham-controlled trial	387/84	Patients quality of life and social relations perception increased, and depression signs decreased. Sham-acupressure also decreased depression signs, but the main effect was in the experimental group. A placebo-.effect was evident. GDS scores were significantly lowered both in post-intervention and at follow-up.	High

Artikelmatris 2

Author, Title, year, country	Aim, purpose	Method	Number of asked participants/number of participants	Main findings	Study quality
Nancy E. Richeson, Judith A. Spross, Katherine Lutz and Cheng Peng *Effects of Reiki on Anxiety, Depression, Pain, and Physiological Factors in Community-Dwelling Older Adults* 2010 Maine, USA	"The purpose of this study was to evaluate the effect of Reiki as an alternative and complementary approach to treating community-dwelling older adults who experienced pain, depression and/or anxiety."	Randomised experimental design	243/20	"Significant differences were measured between the experimental group and the control group regarding pain, depression and anxiety."	Average

Artikelmatris 3

Author, Title, year, country	Aim, purpose	Method	Number of asked participants/number of participants	Main findings	Study quality
Mohammad Ahmadpanah, Tayebe Akbari, Amineh Akhondi, Mohammad Haghighi, Leila Jahangard, Dena Sadeghi Bahmani, Hafez Bajoghli, Edith Holsboer-Trachsler, Serge Brand *Detached mindfulness reduced both depression and anxiety in elderly women with major depressive disorders* 2017 Hamadan, Iran	"Investigation of the influence of detached mindfulness in treating symptoms of depression and anxiety among elderly women with moderate or major depression."	Randomized controlled study	85/34	Symptoms of depression and anxiety decreased significantly over time in the experimental group but not in the control group and remained stable at follow-up.	High

Artikelmatris 4

Author, Title, year, country	Aim, purpose	Method	Number of asked participants/number of participants	Main findings	Study quality
Liwei Jing, Yanpeng Jin, Xiaoli Zhang, Fenglan Wang, Yuyu Song, Fengmei Xing *The effect of Baduanjin qigong combined with CBT on physical fitness and psychological health of elderly housebound* 2018 Tangshan, China	"To investigate the effectiveness of Baduanjin qigong combined with cognitive-behavior therapy (CBT) on the physical fitness and psychological health of elderly housebound."	Open-label, randomized controlled trial	1359/120	An overall improvement in Health related quality of life was found. Activities of daily living (ADL), perceived loneliness and depression levels were significantly lowered in the group that got both Baduanjin qigong and cognitive behavioral therapy.	High

Artikelmatris 5

Author, Title, year, country	Aim, purpose	Method	Number of asked participants/number of participants	Main findings	Study quality
Thodberg, K., Sørensen, L. U., Videbech, P. B., Poulsen, P. H., Houbak, B., Damgaard, V., Keseler, I., Edwards, D. & Christensen, J. W. *Therapeutic effects of dog visits in nursing homes for the elderly* 2015 Denmark	The main purpose was to study the effects of biweekly visits from dogs on the sleeping patterns and the psychological well-being of elderly people.	Randomized controlled design	124/100	Sleep increased in week 3 of the study, but it did not maintain in the end of the study or after. Depression signs decreased during the experimental period but not after and the patients cognitive impairment worsened during the study.	Average

Artikelmatris 6

Author, Title, year, country	Aim, purpose	Method	Number of asked participants/number of participants	Main findings	Study quality
Yao Ching-Teng, Yang Ya-Ping & Chen Yu-Chia *Positive effects of art therapy on depression and self-esteem of older adults in nursing homes* 2019 Taiwan	The aim was to study the effects of art therapy activities on reducing the depression symptoms and improving the self-esteem of the elderly living in long-term care facilities.	Quasi-experimental design and convenient sampling method	62/55	The art therapy programs showed promising effects in improv-ing the depression and self-esteem of older adults living in nursing homes. Art therapy activities benefit the mental health of older adults.	High

Artikelmatris 7

Author, Title, year, country	Aim, purpose	Method	Number of asked participants/number of participants	Main findings	Study quality
Kai-Jo Chiang, Hsin Chu, Hsiu-Ju Chang, Min-Huey Chung, Chung-Hua Chen, Hung-Yi Chiou and Kuei-Ru Chou *The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged* 2009 Taipei, Taiwan	"To examine the effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among institutionalized elderly people."	Experimental study design	92	"After providing the reminiscence therapy to the elderly in the experimental group, a significant positive short-term effect (3 months follow-up) on depression, psychological well-being, and loneliness, as compared to those in the comparison group was found."	Average

Artikelmatris 8

Author, Title, year, country	Aim, purpose	Method	Number of asked participants/number of participants	Main findings	Study quality
Jing-Jy Wang *The effects of reminiscence on depressive symptoms and mood status of older institutionalized adults in Taiwan* 2005 Southern Taiwan	"This study examined the effects of reminiscence on depressive symptoms and mood status of elderly people residing in long-term care facilities."	A longitudinal quasi-experimental design	55/48	"The experimental findings indicated that the experimental group demonstrated fewer depressive symptoms ($p < 0.05$) and better mood status (p 1⁄4 0.05) on the post-test comparing to the control group."	Average

Artikelmatris 9

Author, Title, year, country	Aim, purpose	Method	Number of asked participants/number of participants	Main findings	Study quality
Neslihan Loka, Sefa Lok, Muammer Canbaz *The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized controlled trial* 2017 Antalya, Turkey	"This study aimed to determine how a "Physical Activity Program" for elderly people in nursing homes affected their depressive symptoms and quality of life."	Experimental pretest-posttest study that was designed as a single blind, randomized controlled trial.	124/80	Significant decrease was shown in the BDI after the "Physical Activity Program". QOL improved only in the experimental group. The study suggests that physical activity has a positive effect on depression and quality of life.	High

Artikelmatris 10

Author, Title, year, country	Aim, purpose	Method	Number of asked participants/number of participants	Main findings	Study quality
Caterina Ambrosi, Charles Zaiontz, Giuseppe Peragine, Simona Sarchi and Francesca Bona *Randomized controlled study on the effectiveness of animal-assisted therapy on depression, anxiety, and illness perception in institutionalized elderly* 2018 Northern Italy	"The aim of this study was to verify dog-assisted therapy's effective-ness on depression and anxiety in institutional-ized elderly."	Randomized controlled study	53/31	The study showed a statistically significant decrease of depression symptoms in the treatment group. Dog therapy shows great implications on being a positive interaction for elderly with depression to reduce symptoms.	Average