

Högskolan i Skövde  
Institutionen för Vård och Natur

**Betydelsen av sjuksköterskans kunskap i mötet med den  
deprimerade patienten**  
- En Litteraturstudie

**The importance of the Nurse´s knowledge in the meeting with the  
depressed patient**  
- A Litterature review

Examensarbete i Omvårdnad 15p  
Ht 2007  
Författare: Olsson, Ann-Kristin  
Pontén, Emma  
Handledare: Akhavan, Sharareh

## SAMMANFATTNING

Titel:	Betydelsen av sjuksköterskans kunskap i mötet med den deprimerade patienten
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 högskolepoäng
Författare:	Olsson, Ann-Kristin; Pontén, Emma
Handledare:	Akhavan, Sharareh
Sidor:	17
Månad och år:	Januari, 2008
Nyckelord:	Depression, upptäckt, sjuksköterskans roll, skillnader och kunskap

Depression är en av de vanligaste folksjukdomarna i världen. Symtombilden är dock ofta olika hos äldre och yngre samt hos kvinnor och män vilket komplicerar upptäckten av depressioner och gör att de ofta förblir oupptäckta och obehandlade och orsakar onödigt lidande hos de drabbade och deras anhöriga. Syftet med denna studie vara att beskriva betydelsen av allmänsjuksköterskans kunskap om symtom och riskfaktorer för depression i möte med patienter. Frågeställningarna var: Varför behöver sjuksköterskan ökad kunskap om depressioner och vad behöver hon kunskap om. Metoden som användes var litteraturöversikt och resultatet består av tjugotre artiklar. Resultatet visade att sjuksköterskan bör bygga upp en relation med patienten då hon med hjälp av denna relation har störst möjlighet att uppmärksamma en depression vilket gör att hon kan minska onödigt lidande. Men Sjuksköterskor har ofta inte tillräckligt med kunskap om vad en depression innebär och vad de bör uppmärksamma hos olika människor då symtomen varierar sig mellan kön och åldersgrupper, vilket orsakar att många depressioner förblir oupptäckta och obehandlade.

## **ABSTRACT**

Title: The importance of the nurse`s knowledge in the meeting with the depressed patient.

Department: School of Life Sciences. University of Skövde

Course: Thesis in nursing care 15 ECTS

Author: Olsson, Ann-Kristin; Pontén, Emma

Supervisor: Akhavan, Sharareh

Pages: 17

Month and year: January 2008

Keywords: Depression, detect, the nurse`s roll, differences and knowledge

Depression is one of the most common diseases in the world. The symptom of depression are often different among older people and younger and among women and men which often complicate nurses ability to detect depression and may lead to several undetected and untreated depressions that may cause unnecessary suffering to the patient and their relative`s. The aim of this study is to discribe the importance of the nurse`s knowledge of syptoms and riskfactors of depression in the meeting with the patients. The question at issue was: Why does the nurse need to gain more knowledge about depression and what do she / he need to gain more knowledge about. The method which is used is literary review and the results consist of twenty three articles. The result of this study shows that the nurse`s should build a relationship with the patient, which give them the opportunity to detect depressions and reduce unnecessary suffering. But nurse`s often does not have enough knowledge about what depression is and what they should notice because the symptoms vary between the genders and age which may cause several depressions remain undetected and untreated.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	1
<b>BAKGRUND</b> .....	1
<b>Vad innebär depression?</b> .....	1
<b>Vem drabbas av depression?</b> .....	2
<b>Depressionens olikheter</b> .....	3
<b>Genusperspektiv</b> .....	3
<b>Depression hos äldre</b> .....	4
<b>Suicidrisken</b> .....	4
<b>Sjuksköterskans kunskapsområden</b> .....	5
<b>Problemformulering</b> .....	6
<b>SYFTE</b> .....	1
<b>Frågeställningar</b> .....	6
<b>METOD</b> .....	6
<b>Val av metod</b> .....	6
<b>Källsökning</b> .....	7
<b>Etiska Aspekter</b> .....	8
<b>RESULTAT</b> .....	8
<b>Sjuksköterskans roll</b> .....	8
<b>Vikten av kunskap</b> .....	9
<b>Engagemang och hopp</b> .....	9
<b>Svårigheter med att uppmärksamma tecken på depression</b> .....	10
<b>Könsskillnader</b> .....	10
<b>Äldre</b> .....	11
<b>DISKUSSION</b> .....	12
<b>Metoddiskussion</b> .....	12
<b>Resultatdiskussion</b> .....	13
<b>Konklusion</b> .....	16
<b>Implikationer för klinisk verksamhet</b> .....	17
<b>REFERENSLISTA</b> .....	17
<b>BILAGA 1</b> .....	I
<b>BILAGA 2</b> .....	I
<b>BILAGA 3</b> .....	I

## INLEDNING

Intresset för ämnet om sjuksköterskans kunskaper om depression har funnit med oss länge då vi ofta stött på deprimerade patienter i vårt arbete. Vi upplever, trots det faktum att vi stöter på dessa patienter oavsett var vi arbetar, att vi knappt får någon undervisning i psykiatriska sjukdomstillstånd under vår utbildning till sjuksköterskor eller på vår arbetsplats när vi tidigare arbetat inom vården. Depression som vi valt att skriva om är det område som är viktigast att få med i utbildningen på grund av problemets storlek. Det som verkligen fick oss att förstå hur allvarlig vår kunskapsbrist om depressionssjukdomar och vilka konsekvenser det kan få var under praktikplacering inom psykiatrin, något som i sig är få förunnat under sjuksköterskeutbildningen. Vad som är mer intressant är dock kanske hur patienterna påverkas och vilka konsekvenser sjuksköterskans okunskap kan få för patienter som vårdas inom somatiken, där de flesta sjuksköterskor trots allt arbetar. Vi känner därför att vi vill belysa att det kan finnas ett behov av information och ökad kunskap hos sjuksköterskorna. Det finns ett stort antal patienter inom vårdenheterna som mår psykiskt dåligt och sjuksköterskan har bäst möjligheter med sin patientkontakt, att identifiera dessa och på så sätt minska onödigt lidande (Lökenstam, 1997).

## BAKGRUND

### Vad innebär depression?

Att vara ledsen är inte samma sak som att vara deprimerad. Deprimerade patienter finns inte bara inom psykiatrisk vård. Som sjuksköterska kan man träffa människor med djupa och allvarliga depressioner på somatiska avdelningar, äldreboenden, i hemsjukvården eller inom primär- och företagshälsovården. Därför är det viktigt att alla sjuksköterskor, oavsett var de arbetar, behöver lära sig att identifiera depressioner i dess många förklädnader (Lökenstam, 1997).

Depressioner kan definieras på många sätt. Murphy, Horton, Laird, Monson, Sobol och Leighton (2004, s 367) har valt att definiera depression som: *"A disorder of lowered mood associated with disturbances of sleep, appetite and energy."*

Depression skapar mer ohälsa än t ex ischemisk hjärtsjukdom och tuberkulos världen över och medför lidande, arbetsförmåga och en belastning för anhöriga. Den deprimerade ser ofta sig själv som en belastning för omgivning och det är vanligt att omgivningen känner detsamma och att de därför undviker den deprimerade. En person som har haft av en depression löper ökad risk att dö i förtid så det finns flertalet anledningar till att se depression som ett stort folkhälsoproblem (Statens Beredning för medicinsk Utvärdering [SBU], 2004). Risken att drabbas av depression någon gång i livet är ungefär 40 % för kvinnor och 20 % för män. Depressionssjukdomar anses enligt Världshälsoorganisationen (WHO) och Folkhälsoinstitutet vara en av de vanligaste och mest betungande sjukdomarna för mänskligheten. Depression uppskattas drabba ca 121 miljoner i världen per år och uppkommer hos personer i alla åldrar, hos båda könen och hos alla nationaliteter. Det är även en av de största orsakerna till att drabbas av funktionsnedsättning. Depressiva symtom påverkar livskvaliteten hos både kvinnor och män (Berg, Hassning, McClearn & Johansson, 2006; WHO, 2007). Depression kan

diagnostiseras och goda behandlingsmetoder finns. Tyvärr får endast ca 25 % av dem som uppskattas vara drabbade av sjukdomen tillgång till en tillfredställande behandling (WHO, 2007). Kivelä och Pakkala (2001) visar i sin studie att många av de deprimerade deltagarna var både odiagnostiserade och obehandlade och de kom även fram till att deprimerade har större risk att bli fysiskt funktionshindrade. Depression ses som den tredje största orsaken för äldre till att hamna på ett äldreboende (Harris & Cooper, 2006). Sjukdomar som hjärtsjukdom, reumatism, cancer, stroke eller diabetes kan komplicera upptäckten av depression och forskare anser att depression kan vara en riskfaktor för hjärtinfarkt och den största riskfaktorn för suicid (Allgulander, 2005; Wasserman, 1998).

Enligt DSM-IV<sup>1</sup> och ICD 10<sup>2</sup> är nedstämdhet och/eller minskat intresse eller glädje tecken på depression om det ses tillsammans med minst fyra av följande tolv symtom: viktnedgång eller viktökning, sömnstörningar, agitation eller hämning, svaghetskänsla, skuldkänslor, minskad tanke- eller koncentrationsförmåga och tankar på döden (Allgulander, 2005). WHO (2007) tar även upp symtom som låg självkänsla och nedsatt energi. Deprimerade kan få många kroppsliga symtom så som obehagskänslor och tryck över bröstet men också svårigheter att andas och förstoppning vilket gör att det ofta är dessa saker som får personen att kontakta läkaren (SBU, 2004). Det finns flera olika typer av depressioner och de vanligaste är egentlig depression, melankolisk depression, depressiv psykos, säsongsbunden depression och dystymi. De olika depressionssjukdomarna skiljer sig åt i symtombild, hur länge de varar samt i svårighetsgrad (Allgulander, 2005; Wasserman, 1998).

### **Vem drabbas av depression?**

Det finns olika faktorer som ökar risken för att en person ska drabbas av en depression. Faktorer som gör att en människa hamna i riskzonen att drabbas är att nyligen ha råkat ut för en traumatisk upplevelse, haft tidigare depressioner, vara oförmögen att sköta sin ADL (aktiviteter i dagligt liv), ha ett begränsat socialt stöd, lida utav smärta och funktionsnedsättningar eller ha en ärftlighet för depressioner (Cuijpers & Van Lammeren, 1999). Utveckling av en depression hos äldre patienter över 65 år inom den somatiska vården hänger ofta ihop med patientens sjukdomsbild och deras förmåga att sköta sin ADL samt deras kognitiva funktion. De potentiella stress- och riskfaktorerna är vanliga hos äldre vilket ökar riskerna för depression. De kan t ex vara isolering, brist på stimulans, beroendeställning till andra, brist på umgänge samt begränsade ekonomiska resurser. Att äldre ofta oroar sig för sjukdomar samt har en rädsla för döden kan också leda till nedstämdhet (Zarit, Femia, Gatz & Johansson, 1999). Annars är sjukdomar som orsakar smärta, minskad rörlighet, försämrad syn och hörsel samt dålig sömn en viktig riskfaktor för utveckling av depression (Wasserman, 1998). Känslan av att ha makt över sig själv är starkt kopplat till färre depressiva symtom och även ett bra socialt stöd minskar risken för en person att drabbas av en depression. Ett bra socialt stöd gör även att risken för självmord minskar hos den deprimerade (Vanderhorst &

---

<sup>1</sup> DSM-IV- en manual som täcker psykiatriska sjukdomstillstånd och störningar (American Psychiatric Association , 1995).

<sup>2</sup> ICD 10- WHO:s klassificeringssystem för olika diagnoser, metoden används till att klassificera sjukdomar för epidemiologiska, statistiska och diagnostiska syften (WHO, 2008).

McLaren, 2005).

### **Depressionens olikheter**

Det är alltid viktigt att som sjuksköterska observera tecken på att en patient inte mår psykiskt bra. Därför är det viktigt att inneha goda kunskaper om depression. Speciellt som sjuksköterska då depressioner utvecklas och ser annorlunda ut hos män och kvinnor samt hos äldre och yngre. Olikheterna ligger ofta i symtombilden och i dess uttryck (Jahren-Kristoffersen, 1997; Wasserman, 1998). Det finns även skillnader i hur depressiva symtomen uttrycks i olika kulturer men också inom olika samhällsklasser och subkulturer i samhället (Lilja & Larsson, 1998).

### **Genusperspektiv**

Skillnaderna i hur en depression uttrycks och upplevs syns tydligast hos de yngre och hos de i medelåldern medan det hos äldre och vid allvarigare depressionerna är mindre märkbara skillnader mellan könen. Den genomsnittliga debutåldern skiljer sig också mellan könen, som är tidigare hos kvinnan där depression kan förekomma redan i tonåren medan männen drabbas senare i livet. Att depressioner är vanligare hos kvinnor ifrågasätts av flera forskare och det finns teorier om att män drabbas av depressioner mycket oftare än vad statistiken visar. Deras depressioner döljs av t ex missbruk (Pakhala, 1995; Wasserman, 1998; Wilhelm, 1998). En anledning kan vara att det inte anses manligt att visa sig svag och deprimerad vilket kan orsaka att män döljer sina depressioner och helst inte talar om det. Kvinnor har i regel lättare att prata om sina symtom och förklara hur de mår vilket gör det lättare för dem att söka hjälp (Wasserman, 1998; Allgulander, 2005).

Kvinnor och män har olika sätt att uttrycka sig med kroppsspråk och verbalt hur de mår och om deras depressions sjukdom. Ofta uttrycker patienter olika symtom som de söker vård för men få av dem kopplar det till symtom på depression. Män uppmärksammar sina symtom mer intensivt än kvinnorna och deras symtom var oftast kopplade till hjärtat med högt blodtryck och bröstsmärtor. Kvinnorna var otydligare med sina symtom och de relaterade dem mer till magen eller att de kände hjärtat skena men ofta beskrev kvinnorna mer ospecifika symtom. De olika symtom de uttryckte och var bland annat beteendemässiga, somatiska, verbala och kognitiva som t ex att de var otrevliga, isolerade, tysta, kände ilska och var aggressiva. Kvinnornas ordförråd var även större när de skulle beskriva hur de mådde och två återkommande faktorer var skam och skuld. Kvinnorna delade även åsikten om att känna ledsamhet och vara deprimerad var acceptabelt bara om de hade en verklig anledning till det vilket de ofta upplevde att de inte hade. De beskrev även känslor av överväldigande trötthet och en känsla av nedsatt medvetande. Männens däremot beskrev sin depression med att ha ett kort temperament och att vara mer aggressiva och att deras ilska lätt triggades av småsaker. De påtalade även känslan av att hålla tillbaka sina känslor. Män och kvinnor delar sitt låga självförtroende men de talade om sin osäkerhet i olika termer. Kvinnorna var även mer öppna om sina symtom och sin känslomässiga smärta medan männens fokus låg enbart på symtomen. Både män och kvinnor beskrev depression som en känsla av besvikelse och ensamhet ihop med tankar på olösta problem om deras hälsa, boendesituation, familj och arbete samt de beskrevs som otillfredsställda med sig själva och besvikna på att de inte kunde lösa de

problem som orsakade depressionen. De hade även negativa tankar om sig själva och såg sig som otursdrabbade, olyckliga och otillfredsställda och känslor av värdelöshet var vanliga (Danielsson & Johansson, 2005; Soonthoruchaiya & Dancy, 2006).

### **Depression hos äldre**

Depressiva symtom är vanligt hos de äldre men de är ofta oidentifierade, obehandlade eller felbehandlade. Ca 15 % av de äldre över 65 år uppskattas vara deprimerade och det är vanligast hos dem som lever på äldreboenden. Det här tros beror inte bara på att personen blir äldre utan även på bristen av stimulans. Många av dem lider även av smärta vilket leder till trötthet och irritation. Hos de äldre är symtomen ofta mer komplexa vilket försvårare en identifikation (Wasserman, 1998; Webber, Martin, Harker, Josephson, Rubenstein & Alessi, 2005) Detta orsakar att depressioner hos de äldre oftast inte upptäcks i ett tidigt skede utan uppmärksammas först när sjukdomen pågått under lång tid och blivit väldigt djup. Tecken som oftast sågs hos de deprimerade var minskad aptit, nedvärderande tankar om sig själva, sömnproblem, sämre kommunikationsförmåga och minskad ögonkontakt, humörsvängningar och aggressivitet. En av anledningarna till att de äldres depressioner inte upptäcktes var att deras symtom ansågs vara naturliga för åldrandet. Det gjorde att depressionerna hos de äldre inte togs på allvar (McCrae, Murray, Banerjee, Huxley, Bhugra, Tylee & MacDonald, 2005). Att uppleva stress för äldre män och att drabbas av ohälsa och handikapp för äldre kvinnor är något som hänger ihop med depressiva symtom. Äldre kvinnor har lättare för att hantera stressfaktorer men hos de som lever ensamma är depression ändå vanligt. Riskfaktorerna för de äldre kvinnorna är, förutom att leva ensamma, att ha en lägre utbildning, fysiska sjukdomar och sämre ekonomi. Det är därför viktigt att uppmärksamma män i stressfyllda situationer samt kvinnor som påtalar somatiska symtom för att förhindra depressioner hos de äldre. (Katsumata, Arai, Ishida, Tomimori, Denda & Tamashiro 2005; Chou, Ho & Chi, 2006).

### **Suicidrisken**

När en depression är som svårast kan den leda till självmord vilket i nuläget runt om i världen värderas till en förlust av ca 850 000 personer per år (WHO, 2007). Depression är den psykiska sjukdom som är kraftigast förenad med suicid. Av dem som tagit sitt liv har 75 % uppvisat ett eller flera symtom på depression. Det har också visat sig att de som begått suicid vanligtvis inte har behandlats för sin depression och då behandlingar ofta är framgångsrika är det viktigt att tidigt upptäcka och behandla den deprimerade patienten för att förebygga suicid (Wasserman, 1998). Hos deprimerade blir ofta kombinationen av alla symtom så betungande att många önskar sig vara döda. Ungefär 15 % av alla de som vårdats på sjukhus för depression dör genom suicid (SBU, 2004). De personer som försökt begå självmord har inte nödvändigtvis en svårare depression än de som inte gjort något självmordsförsök. Faktorer som påverkade var ålder, social status samt alkoholvanorna. Suicidrisken ökar med åldern och vid alkoholmissbruk (Flint, Hays, Krishnan, Meador & Blazer, 1998).



## Sjuksköterskans kunskapsområden

Vad innebär kunskap?

*”Kunskapsbegreppet kan sägas omfatta allt som främjar människans strävande efter mening och förståelse, och de färdigheter som människan lär sig bemästra i sin tillvaro” (Jahren-Kristoffersen, 1997, s 276).*

Sjuksköterskan ska med hjälp av sin kunskap och erfarenhet främja hälsa och förebygga sjukdom och se patienterna i ett helhetsperspektiv och identifiera fysiska, psykiska, sociala och kulturella hälsorisker en patient kan utsättas för och informera, stimulera och motivera patienter i förebyggande syfte. Genom att påverka omständigheter hos patienten eller i dennes situation för att frambringa en förändring, bibehålla eller underlätta patientens egna resurser kan sjuksköterskan ge patienten det stöd det finns behov av utifrån den aktuella situationen. Omvårdnaden är till för människor som befinner sig i utvecklingsfaser eller livskriser och upplever stress och konflikter relaterade till det och sjuksköterskans roll är att skapa hopp och att hjälpa patienten i sin förmåga att uttrycka positiva och negativa känslor. Sjuksköterskan skall även hjälpa till att tillgodose de mänskliga behoven och skapa en stödjande och beskyddande psykologisk, fysisk, sociokulturell och andlig miljö genom att lyssna, samtala och skapa ett förtroendefullt förhållande till patienten (Watson, 1985; Socialstyrelsen, 1995; Jahren-Kristoffersen, 1998). Sjuksköterskan bör, även om hon jobbar med somatiskt sjuka, observera tecken på patientens sinnesstämning och identifiera uttalade samt outtalade behov av stöd samt observera patienter för att upptäcka avvikelser i patienternas hälsotillstånd. En deprimerad patient verkar oftast bedrövad och nedstämd. Ansiktet är mimikfattigt och rörelserna långsammare. Kroppshållningen är ofta böjd och patienten säger inte mycket men kan ge uttryck för att livet är tomt och meningslöst eftersom tankarna kretsar kring bekymmer och problem. Sömnproblem, likgiltighet och att dra sig undan är vanliga och typiska depressionssymtom som sjuksköterskor bör observera (Socialstyrelsen, 1995; Jahren-Kristoffersen, 1998). Man kan dock inte alltid se om en patient är deprimerad eller inte och därför anser Samuelsson (1996) att man kan behöva fråga sin patient efter depressiva symtom. Det finns dock ofta ett motstånd hos sjuksköterskor att prata om psykiska sjukdomar och ämnet kan därför undvikas mer eller mindre omedvetet. Det finns fortfarande ett stigma kring depressionsbegreppet (Lilja & Larsson, 1998).

Enligt Lökenstam (1997) vill de flesta deprimerade ha kontakt men patientens emotionella dämpning och nedsatta tempo gör ofta att det tar tid för sjuksköterskan att etablera en tillfredställande kontakt och kommunikation med patienten. Det får dock aldrig hindra sjuksköterskan från att kommunicera med till patienten. Det är viktigt att använda enkla meningar och ge patienten tid att svara på frågorna. Även om det är påfrestande för patienten att prata om sina upplevelser kan sjuksköterskan genom att ta patientens upplysningar på allvar stimulera till fortsatta samtal som både kan ge viktiga upplysningar åt sjuksköterskan och avlasta patienten. Om patienten upplever att sjuksköterskan verkligen förstår honom/henne kan det starkt bidra till ökat förtroende och kontakt (Lökenstam, 1997). Aktivt lyssnande, lyhördhet, koncentration och empati är viktigt för att skapa en mellanmänsklig

värme som är en förutsättning för att skapa den relationstrygghet som krävs för att patienten ska våga öppna sig. Även vid korta möten med patienter som har, eller misstänks ha, en depression är det viktigt att förmedla hopp och skapa en fysisk och psykisk miljö som ger harmoni, trygghet och välbefinnande (Socialstyrelsen, 1995; Kristoffersen, 1998).

Omvårdnad har definierats på många olika sätt av olika omvårdnadsforskare och vi har valt att använda Watson (1985) i vår studies teoretiska ram. Watson (1985) beskriver i sin teori omvårdnad som en social, moralisk och vetenskaplig verksamhet som riktar sig till enskilda individer och samhället i stort. Hon anser att omvårdnad förenar humanistiska värderingar och vetenskapliga kunskaper och metoder.

## **Problemformulering**

Litteraturen visar sammanfattningsvis att depression är en vanlig sjukdom även inom den somatiska vården och att den är ett folkhälsoproblem som obehandlad kan leda till lidande för den drabbade. Symtomen på sjukdomen är många och varierande och är ofta mycket komplexa. Sjuksköterskans roll och kunskap om depressioner får därför stor betydelse. Författarna vill därför öka förståelsen om betydelsen av allmänsjuksköterskans kunskap om symtom och riskfaktorer i möte med den deprimerade patienten.

## **SYFTE**

Syftet med studien är att beskriva betydelsen av allmänsjuksköterskans kunskap om symtom och riskfaktorer för depression.

## **Frågeställningar**

Varför behöver sjuksköterskan ökad kunskap om depression?

Vad behöver hon kunskap om?

Vilken kunskap har sjuksköterskan?

## **METOD**

### **Val av metod**

Metoden författarna valde var litteraturstudie. Som data i studien har vetenskapliga artiklar använts. Enligt Backman (1998) är de vetenskapliga tidskrifterna en viktig del i att fortsätta forskning och vetenskap. Att bedriva forskning utan att ta reda på vad för forskning som redan finns gör det nästan omöjligt att genomföra en bra studie. Litteraturgenomgången ger svar på viktiga frågor inför studien så som vilka resultat tidigare studier fått samt vilka svagheter de tidigare studierna och metoderna haft. Vetenskapliga tidskrifter är även den vanligaste och mest användbara källan vid litteraturstudier (Backman, 1998). En litteraturstudie är en sammanfattning och analys över forskning som redan finns tillgänglig och det är en ”metod som säkerställer det som redan är känt i en relation till det problem som är av intresse” (Polit

& Hungler, 1999). Litteraturstudie innebär att identifiera och söka information om ett visst ämne. En litteraturstudie innefattar ”identifikation, urval, kritisk granskning, analys och beskrivning” av tillgänglig information (Polit & Hungler, 1999). Polit och Hungler (1999) beskriver tio steg att följa vid en litteraturstudie och dessa har vi valt att följa:

Steg 1- Identifiering av sökord

Steg 2- Identifiera möjliga källor genom elektronisk eller manuell sökning

Steg 3- Lokalisera lovande referenser

Steg 4- Bedömning av referensernas relevans och lämplighet

Steg 5- Utelämnande av orelevanta referenser

Steg 6- Läsning av relevanta artiklar samt notering av stödord

Steg 7- Identifiera nya referenser genom andras referenser och källor

Steg 8- Organisering av artiklarna

Steg 9- bearbetning av materialet

Steg 10- Nedskrivning av litteraturoversikt

## **Källsökning**

I steg ett påbörjades litteratursökningen genom att komma fram till vilka sökord som skulle användas. De olika sökorden var: depression (depressed persons), prevalence, detect, nursing och old age och dessa valdes utifrån syftet med studien och då de ansågs ge svar på studiens frågeställningar. Under sökningen användes olika kombinationer utav sökorden.

I steg två, tre, fyra och fem gjordes sökningar via databaserna Academic Search Elite och CINAHL och information och referenser lokaliserades och samlades in. Litteratursökning genom databaser är en metod som gör att specifikt avgränsad sökning till forskningsproblemet går att genomföra (Polit & Hungler, 1999). Författarna kom fram till att kriterierna för artiklarna var att de inte skulle vara äldre än från 1995, att de skulle gälla enbart depression och inte tillsammans med någon somatisk sjukdom, att det inte skulle gälla depression hos barn och ungdomar, att de inte skulle inrikta sig för mycket på behandlingsmetoder samt att de skulle vara både kvalitativa och kvantitativa och finnas tillgängliga i full text. Vid sökningarna för att få fram vetenskapliga artiklar valdes att kryssa i peer-reviewed vilket innebär att de är förhandsgranskade. Artiklarnas innehåll skulle även kunna kopplas till studiens syfte. Titlarna lästes igenom och många studier kunde då sorteras bort då de inte uppfyllde kriterierna för studien. Abstracten lästes igenom hos de artiklar som ansågs passa kriterierna för studien och sedan lästes artiklarna igenom och tjugotvå artiklar behölls till resultatet. Sökningarna redovisas i bilaga 1.

I steg sex och sju gjordes en noggrann genomläsning av artiklarna av författarna var för sig och stödord antecknades för att sedan diskuteras igenom och se om studierna passade studiens syfte. Studierna granskades även för att se att de var vetenskapliga genom att titta på att författarnas fullständiga namn fanns tillgängligt, fullständig artikelrubrik, årtal vid artikelpubliceringen, tidskriftens namn, dokumenttyp, språk i artikeln, söktermer och abstract (Backman, 1998). Sökning av litteratur har även gjorts manuellt i referenslistor till olika artiklar då manuell sökning kan utföras när problem har formulerats och sökningen blir mer

målinriktad (Backman, 1998). Genom det fanns en artikel och det slutgiltiga antalet artiklar blev tjugotre studier publicerade mellan 1995 och 2006. Dessa redovisas i bilaga 2.

I steg åtta och nio lästes artiklarna flera gånger och författarna skrev ner sina egna reflektioner. I analysen färgades med hjälp av överstryckningspennor delar av texten som författarna kände hörde ihop med studiens syfte och frågeställningar vilket lede fram till identifierandet av olika teman till resultatet. Artiklarna bearbetades utifrån vårt syfte, vilket innebär att data ges en ändamålsenlig och tolkningsbar form så att observationsutfallet nu kan relateras till den ursprungliga problemställningen (Backman, 1998). Artiklarna delades in i de olika temana vilka redovisas i bilaga 3 under två huvudteman med två underteman var. Under temat *Sjuksköterskans roll* presenteras också *vikten av kunskap* i ett undertema. Något som hela tiden återkom vid granskningen av studier om sjuksköterskans roll var *engagemanget och hoppets betydelse* för patienten. Detta utgör ett undertema då de visat sig vara särskilt viktiga komponenter för att skapa ett bra möte med den deprimerade patienten. Huvudtemat *Svårigheter med att uppmärksamma tecken på depression* visar på hur svårt sjuksköterskor har att uppmärksamma och vårda dessa patienter och att det finns etnologiska och kulturella faktorer som spelar in. Två underteman presenterar *könsskillnader* vid depression och depressionen hos *äldre* över sextiofem år. Sammanlagt har tjugotre artiklar ansetts ha tillräckligt hög relevans för ämnet och använts i resultatet. Nio av artiklarna är kvantitativa studier och fjorton är kvalitativa. Syftet med organiseringen är att bringa ordning bland data, såväl kvantitativa som kvalitativa samt att ge överskådlighet och systematik (Backman, 1998).

I steg tio skrev författarna ner resultatet.

### **Etiska Aspekter**

Vid en litteraturstudie är det viktigt att referenser och citat anges på ett korrekt sätt och att författarna inte tar någons material och för det vidare som sitt eget (Olsson & Sörensen, 2004). Det skall alltid vara uppenbart vad som är ens eget och vad som lånats eller är citerat, då det annars kan leda till anklagelser för plagiat (Bell, 2006). Författarna har kritiskt granska de studier som använts och har inte förvrängt resultatet (Nyberg, 2000). Dessa aspekter har författarna följt vid skrivandet av denna studie. Vinster med studien anser författarna att det finns då ämnet är mycket aktuellt och betydelsefullt i dagens vård och omsorg och inga risker med följer då författarna gjort en sammanställning av tidigare publicerat material. Författarna tar även ansvar för att studiens resultat är riktigt och tolkats korrekt (MFR-rapport 2, 2003).

## **RESULTAT**

### **Sjuksköterskans roll**

Att skapa en relation mellan sjuksköterskan och patienten är en viktig del av omvårdnaden. Eftersom sjuksköterskan har denna relation till patienten är de också lämpade och har stora möjligheter att uppmärksamma en depression hos patienterna. Sjuksköterskans omvårdnadsansvar innebär att hon ska hjälpa och uppmuntra patienten, använda beröring och närvaro, lyssna på och respektera den deprimerade patientens önskemål (Arve, Lauri & Lehtonen, 2000). Sjuksköterskan är också den som är bäst lämpad att fungera som samordnare

mellan de olika sjukvårdsinsatserna för att hjälpa patienten och för att det ska finnas en kontinuitet i vården. Kontinuitet och trygghet är två mycket viktiga aspekter inom vården av depressionssjuka människor och där sjuksköterskan spelar en mycket viktig roll (McLaughlin, 1999). Att upptäcka depression hos en patient försvåras ofta på grund av bristande förståelsen för depressioner och attityder kopplade till detta från sjukvårdspersonalens sida (Lilja, Hellzen, Lind & Hellzen, 2006). Psykisk ohälsa som depressioner är fortfarande ett känsligt ämne för många som kan leda till att depressionssjukdomen inte upptäcks eller uppmärksammas förrän i ett sent skede. Det innebär ett onödigt långt lidande för patienten. Att känna igen en depressiv person i ett tidigt skede förenklar den fortsatta behandlingen och är därför av stor vikt både för individen och ur samhällssynpunkt. Det är inte sjuksköterskans jobb att ställa diagnoser men sjuksköterskans förhållande till patienterna ger en unik position att känna igen nedstämdhet och det är viktigt att de har förmågan att känna igen symtomen och vidta åtgärder (Bagley, Cordingley, Burns, Mozley, Sutcliffe, Challis, & Huxley, 2000).

### **Vikten av kunskap**

Sjuksköterskans upplevelse av, och syn på, den deprimerade patienten är ofta en bild av den deprimerade som en tillintetgörande, främlingsskapande, utmattad, tom och bedrövad individ. Det saknas fortfarande en sann förståelse för vad en depression egentligen är, vad den innebär för dem som drabbats och hur och varför vissa drabbas. Det kan också påverka sjuksköterskans sätt att se på sjukdomen och hennes attityd mot patienten (Lilja et al, 2006). Även om sjuksköterskor vill, hinner de inte eller har inte möjlighet att hjälpa och kommunicera med patienten i den mån de önskar. Sjuksköterskor på medicinska kliniker upplever ofta att fokuseringen på den fysiska hälsan tar för stor plats (Hopkins, 2002). Men utbildning och information om depression till sjuksköterskor inom bland annat primärvården ger inte bara ökad kunskap och möjlighet till upptäckt av sjukdomen utan även förändrar attityderna hos personalen till en mer positiv syn (Mayall, Oathamshaw, Lovell & Pusey, 2004). Det är viktigt för sjukvården att uppmärksamma även kulturella skillnader och vad som är kulturellt passande i omvårdnaden för att minska risken för komplicerade barriärer. Nivån av vad som är kulturellt viktigt och kulturella barriärer är en stark förutsägelse av kommande depression bland de invandrade i vårt samhälle. Andelen deprimerade är högre hos äldre invandrare och våran folkmängd med kulturella skillnader växer (Daniel & Lai, 2004).

### **Engagemang och hopp**

Det är av stor vikt att sjuksköterskan förmedlar känslan av att hon bryr sig om och är intresserad av den deprimerade patienten och det svåra som präglar dennes liv:

*”Effective nursing is predicated on effective engagement with the person. Only through engaging with the person will the nurse come to understand the nature of the person’s needs, and what might need to be offered to address the.”* (Cutcliffe & Barker, 2002, s 618).

Det fanns tre processer som är starkt involverade i sjuksköterskans engagemang för den deprimerade patienten: att skapa en relation, förmedla acceptans och tolerans samt lyssna och

försöka förstå. Dessa tre processer är också viktiga för att inge hopp hos en deprimerad människa. Det är av stor betydelse att inge hopp hos dessa patienter och det är sjuksköterskans uppgift att stå för inspirationen till hoppet. Människor med svåra fysiska sjukdomar upplever hopp vid närvaron av en annan människa som villkorslöst accepterar, tolererar och förstår dem när de kommer för att få vård (Cutcliffe & Grant, 2001; Cutcliffe och Barker, 2002).

### **Svårigheter med att uppmärksamma tecken på depression**

Svårigheter finns ofta för sjuksköterska att upptäcka de deprimerade patienterna och många patienter identifieras felaktigt trots att de inte lider av en depression. De saker som av sjuksköterskan associeras med depression hos de som är deprimerade är deras boendesituation och deras oförmåga att delta i sin egen ADL. Sjuksköterskor har lättare att upptäcka depression och hjälpa patienter som inte lever själva och de som har mer än två orsaker som gör dem oförmögna att delta i sin egen ADL. Sjuksköterskans erfarenhet och kunskap ökar även chanserna för att en depression ska upptäckas. Om inte sjuksköterskor kan identifiera patienter med depression blir konsekvenserna att depressionen missas hos många patienter. Det finns många faktorer som komplicerar upptäckten av depression och det enda som pekade på bättre förmåga att upptäcka depression är erfarenhet och kunskap. Undervisning skulle kunna hjälpa till att förbättra möjligheterna för en upptäckt av depression. Anledningarna till felbedömningarna kan bero på att sjuksköterskor ser de patienterna som lever ensamma som isolerade och då också deprimerade, att eftersom patienter har antidepressiva mediciner utskrivna så måste de ha depressiva symtom samt att de som känner stark smärta anses vara deprimerad då sjuksköterskor kopplar ihop smärtan som är en känd riskfaktor med depression. Detta tyder på ett behov att klargöra utbildningen och den kliniska framtoningen av en depression i undervisningsprogram för sjuksköterskor. Undersökning för upptäckt av tecken och symtom av depression är något som förväntas göras inom sjukvården. Ändå missar sjuksköterskor depressionen hos flertalet patienterna som uppfyller kriterierna. Att fråga efter psykiska och somatiska symtom av depression kombinerat med omvårdnad och undervisning av sjuksköterskor skulle förbättra deras förmåga att upptäcka depressioner. Att patienter felaktigt identifieras för att vara deprimerade är även detta ett problem. Genom undervisning av sjuksköterskor om hur hon skall upptäcka depression kan problemet med fel identifiering också minska. Att få någon form av depressionsbehandling har visats öka hälsan hos patienterna. Sjuksköterskor behöver även undervisning om när och vem som ska kontaktas för vidare vård inom psykiatri. Sjuksköterskor är unikt placerade och har tillgång till patientens psykologiska status och till information om hur patienten fungerar i sin hemmiljö (Brown, McAvay, Raue, Moses, & Bruce, 2003).

### **Könsskillnader**

Ett problem för sjuksköterskor är svårigheten att känna igen tecken och därmed kunna hjälpa män som lider av en depression. Depressiva uttryck hos män är mer komplexa och dolda än hos kvinnor. Men upplevelsen av en depression är ändå lika mellan könen, det är hur sjukdomen tar sig uttryck som skiljer sig. Män döljer ofta symtomen under lång tid innan det tillslut utmynnars i ett mycket påtagligt men atypiskt depressivt beteende. Männerna är mer benägna att undvika känslorna genom distraktion, döva dem med alkohol eller droger och fly från känslorna vilket på sikt kan leda till aggressivitet, våld och självmord som oftare ses hos

män med en depression. Kvinnor är mer självkritiska och löper betydligt större risk än mannen i en familj att drabbas av en depression efter en händelse som berör barnen, boendet eller sexualiteten. Problem inom familjen innebär en större riskfaktor för kvinnan än för mannen då kvinnorna är mer orienterade mot viktiga områden i familjelivet (Nazroo, 1997; Brownhill, Wilhelm, Barclay & Schmied, 2005).

## **Äldre**

Depressiva tecken hos äldre människor är ofta komplexa i sitt uttryck. Det beror bland annat på att depression och andra sjukdomar som är vanliga bland äldre är svåra att skilja på (Brown, Lapane & Luisi, 2002). Depression hos äldre är troligtvis lika vanligt som hos yngre men under lång tid har åsikten varit att det inte är så och det har därför inte påkallats som ett problem inom framförallt äldreomsorgen vilket är en feltolkning som har lett till att äldre har svårare att få sin depression upptäckt. Åldern är inget skydd mot depression även om förekomsten av vissa depressioner är åldersrelaterade. Det är inte enbart psykiatrians ansvar att hjälpa de äldre utan det krävs samarbete med andra serviceinrättningar som finns tillgängliga i kommunen och olika yrkeskategorier för att hjälpa till att minska lidandet, öka livskvaliteten och påverka för en bättre funktionsförmåga för de deprimerade (Snowdon, 2001; Davidson, Koritsas, O'Connor & Clarke, 2006). Trots att många äldre har symtom på depression är det få som har sin psykiska status dokumenterad hos sjukvården. Problemet ligger ofta i att läkarbesöken har fokus på de somatiska problemen vilket gör att symtomen ofta felaktigt identifierats som orsakade av åldringsprocessen. Detta visar på att depression är ett problemområde och att det ofta förblir oupptäckt och obehandlad (Pfaff & Almeida, 2005; Cullum, Tucker, Todd & Brayne, 2006)

Faktorer som påverkar upptäckten av depression hos äldre är ålder, kön, etnisk bakgrund, hjärt-kärlsjukdomar, Parkinsons sjukdom samt om personen var/varit gift. Olika subgrupper har större risk för oidentifierade depressioner. Vita patienter har fem gånger så stor chans att få sin depression upptäckt vilket är ett tydligt tecken på att det finns en etnologisk skillnad i upptäckten av depressioner. De oidentifierade depressionerna är ett stort problem bland de allra äldsta och de med begränsat socialt nätverk (Jones, Marcantonio & Rabinowitz, 2003). Att flytta från sitt eget hem till ett äldreboende kan också starkt förknippas med att bli deprimerad och att det ganska omgående kan ge depressiva symtom hos patienterna. Det förekommer också oftare än hos de patienter som kommer från en annan vårdinrättning. Även suicidtankar är mycket vanligt bland de äldre, speciellt hos dem som nyligen kommit till ett boende och de är en stor riskgrupp för att begå suicid på grund av depression (Achterberg, Pot, Kerkstra & Ribbe, 2006; Raue, Meyers, Rowe, Heo & Bruce, 2007). Det visar ett stort behov av ökad kunskap om depressionens förklädnader så att depressionerna blir behandlade. Att minska de depressiva symtomen förbättrar situationen för de äldre och ökar deras livskvalitet. Att hitta sätt att förhindra depressioner hos äldre är nödvändigt för sjukvården, inte bara för att förhindra emotionellt lidande, utan även för att förhindra sjuklighet och dödsfall. En planerad individuell vård ihop med utbildad och stöttande personal skulle vara till stor hjälp för att uppmärksamma och minska depressionerna hos våra äldre (Han & Jylha, 2006; Lyne, Moxon, Sinclair, Young, Kirk och Ellison, 2006; Whyte & Rovner, 2006).

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Författarna valde att göra en litteraturstudie vilket har genomförts genom att följa stegen som finns beskrivna i Polit och Hungler (1999). En litteraturstudie har fördelen att ge en bred översikt över litteraturen och syftet var att sammanställa och belysa forskning som gjorts om ämnet. En litteraturöversikt skulle även ge svar på studiens frågeställningar. Polit och Hungler (1999) tar även upp fördelen med att litteraturstudier tar fram vikten av området som valts att studera och att litteraturstudier är viktiga i forskningsprocessen. Författarna tycker att fördelarna med att göra en litteraturstudie är många då det är kostnadseffektivt, tidsbesparande och det går att jämföra olika studier med varandra. Fördelar sågs även med att använda både kvalitativa och kvantitativa studier då båda svarar på studiens syfte men ur olika vinklar vilket ger en bredare översikt av ämnet och en förbättrad helhetsbild.

Av de 23 artiklar som användes i resultatet var sexton kvalitativa och elva kvantitativa. I en studie där författarna är oerfarna krävs ofta mer material för att ge en bra förståelse för ämnet (Polit & Hungler, 1999). Depression är ett utbrett ämne vilket gjorde att mängden information var stor och svårigheter fanns med att avgränsa ämnet, många artiklar hade även en för speciallistinriktad eller medicinsk vinkel. Studier som undersökte symtom var få, symtomen togs upp men de studerades inte. De flesta artiklar studerade behandling och förekomsten ihop med en annan specifik sjukdom vilket inte motsvarade vårt syfte. Vi började med att söka artiklar som inte var äldre än tio år men fick ändra det till tolv år på grund av svårigheter att finna tillräckligt med data. Författarna använde dessa sökord i kombination med varandra: depression (depressed persons), prevalence, detecet, nursing and old age. De olika sökorden i kombination till varandra gav varierande resultat men de som gav mest studier som var relevanta för studiens syfte var depression (depressed persons) and prevalence. Sökningarna som genomfördes resulterade ofta i stort antal träffar. Alla sökningars titlar granskades av författarna vilket var mycket tidskrävande och mer begränsad sökning hade varit att föredra. Många artiklar kunde sorteras bort redan vid titeln då den innehöll någon somatisk sjukdom eller visade att de innehöll forskning gjord på barn och ungdomar. Detta resulterade i att enbart ett få studiers abstrakt gick igenom efter att ha uppfyllt kriterierna och att majoriteten av dessa sedan användes i resultatet, de som sorterades bort var för inriktade på medicinsk eller psykisk behandling. Då studierna även skulle uppfylla kriteriet att finnas i tillgänglig i fulltext gjorde att många studier även här kunde sorteras bort. Att författarna valt att bara söka artiklar i full text gör att många viktiga och relevanta studier kan ha missats vilket sänker studiens vetenskaplighet och i likhet med andra studier har denna studie brister på grund av beslut författarna tagit och använt sig av i studiens metod (Polit & Hungler, 1999).

Författarna trodde även innan att sökordet ”nursing” i olika kombinationer skulle ge oss studier som var relevanta till vårt syfte vilket det inte gjorde i så stor utsträckning som förväntat. Såhär i efterhand skulle kanske fler databaser ha använts då vi även kunnat använda oss av pubmed samt swemed+, men vi upplevde ofta att vi fick fram samma artiklar när vi sökte i de databaser som valts att använda. Sökningar mer specifikt på könsskillnader,



sjuksköterska och kunskap med sökorden gender differences, nurse och knowledge kunde även ha gjorts men författarna upplevde sig få relevant fakta om det trots att de inte användes som specifikt sökord i databaserna. Författarna har även valt att använda en del artiklar de ansett var viktiga som grundläggande information i ämnet som studerats och de har därför placerats i bakgrundsmaterialet. I analysen valde författarna att granska artiklarna och stryka under viktiga delar som svarade till syftet med understrykningspenna vilket var ett mycket effektivt sätt som gick snabbt att genomföra. Delar som var viktiga kunde lätt ses och paras ihop med liknande delar för att på så vis identifiera olika teman till studiens resultat. Att båda författarna analyserat alla artiklar och gjort egna tolkningar som sedan diskuterats minskar risken för att resultatet förvrängs och ökar chansen att studierna har tolkats riktigt då feltolkning är en stor riskfaktor vid litteraturstudier (Polit & Hungler, 1999).

## **Resultatdiskussion**

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva betydelsen av allmänsjuksköterskans kunskap om symtom och riskfaktorer för depression i möte med patienter. Analysen resulterade i två huvudteman och fyra underteman: *Sjuksköterskans roll (vikten av kunskap och engagemang och hopp) Svårigheter med att uppmärksamma tecken på depression (könsskillnader och depression hos äldre).*

Sjuksköterskan bör bygga upp en relation med patienten då hon med hjälp av denna relation har störst möjlighet att uppmärksamma en depression vilket gör att hon kan minska onödigt lidande och samverka mellan olika vårdinrättningar. Hon bör även finnas där för patienten och förmedla engagemang och hopp. En god omvårdnad innebär att sjuksköterskan skapar en möjlighet för patienten att leva utifrån egna förutsättningar och att de möter patienterna som en person (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Men sjukvårdspersonalens attityder mot depressioner försvårar ofta möjligheterna att upptäcka en depression samt att kunskaper om depressioner ofta saknas hos dem. Sjuksköterskor har ofta inte tillräckligt med kunskap om vad en depression innebär och vad de bör uppmärksamma hos olika människor då symtomen varierar mellan könen och åldersgrupper, vilket orsakar att många depressioner förblir upptäckta och obehandlade. Detta stöds av tidigare studier av Wasserman (1998) och Webber et al (2005) där de sett att depression ofta inte upptäcks eller att de deprimerade inte får någon behandling mot depression. Att deprimerade får en felaktig behandling är också vanligt då de blir behandlade för sina somatiska symtom istället för depressionen vilket ofta förlänger vårdlidandet hos patienterna i onödan. En anledning till att de förblir upptäckta och felbehandlade ses i tidigare studier av McCrae et al (2005) där de kommit fram till att de äldre över 65 års symtom ofta sågs som naturliga för deras åldrande istället för tecken på en förekommande depression och att depressioner hos äldre inte togs på allvar. Tidigare studier visar även att depression är kraftigast förenat med suicid bland de psykiska sjukdomarna och att 75 % av dem som tar sitt liv visar tecken på depression. De har även sett att de som begår suicid vid depression ofta inte fått sin depression upptäckt eller behandlad. Depressionerna är inte nödvändigt svårare hos dem som begår suicid än hos dem som inte gör det (Flint et al (1998); Wasserman, 1998) vilket författarna tycker ökar vikten av att depressionerna upptäcks och behandlas för att förebygga att de deprimerade begår suicid och då minska lidandet för alla berörda. De deprimerades anhöriga glöms ofta bort men även

de anhöriga utsätts för ett vårdlidande (Dahlberg et al 2003).

Därför kan det ses ett stort behov av utbildning av sjuksköterskorna och förbättring av sjuksköterskeutbildningen för att minska antalet oidentifierade depressioner och på så sätt minska onödigt lidande. Sjuksköterskor, oavsett inom vilken typ av vård de arbetar i, träffar människor med psykiska funktionshinder och depressioner vilket styrks av studier av Lökengard (1997). Depression är ett vanligt förekommande problem inom vården och resultatet av studien har visat på att sjuksköterskor ofta har svårigheter med att upptäcka de deprimerade patienterna. Ett behov av information om vad sjuksköterskor bör uppmärksamma och vilken kunskap de bör ha finns bland dagens sjuksköterskor. Enligt Socialstyrelsen (1995) och Jahren-Kristoffersen (1998) är det sjuksköterskans kunskap och erfarenhet som skall främja hälsan och förebygga sjukdom genom att identifiera bland annat psykiska hälsorisker i ett förebyggande syfte. Depression är en stor psykisk hälsorisk men om inte sjuksköterskor har kunskap och erfarenhet i ämnet kan de inte arbeta förebyggande med att minska riskerna för att patienter ska bli deprimerade. Genom kunskap kan sjuksköterskan hjälpa till och tillgodose de mänskliga behoven och skapa en stödjande och beskyddande miljö vilket enligt tidigare studier av Watson (1985) och Socialstyrelsen (1995) är en viktig del av sjuksköterskans arbete. Tidigare studier av Lökengard (1997) och Dahlberg et al (2003) har visat på att om sjuksköterskan tar sig tid att lyssna på patienten och visar att de verkligen förstår honom/henne kan bidra till ett ökat förtroende och kontakt vilket författarna tror är en mycket viktig del i upptäckten av depressioner. Sjuksköterskans förhållningssätt är av stor vikt för att ge en positiv syn på vården och hon bör lyssna till patienten utan att värdera det som sägs. Lidandet hos en patient förändras genom de relationer denne har till andra människor och genom en god kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten kan tillvaron både få innehåll och innebörd. Patientens lidande måste ses och bekräftas (Dahlberg et al, 2003).

Studiens resultat pekar på olika orsaker till att depressioner är ett så stort problem och att många är både oidentifierade, odiagnostiserade och då också obehandlade. Det tror författarna beror på att sjuksköterskan har bristande kunskap om depressioner men också på grund av att sjukdomen tar så olika uttryck hos de olika patienterna. Skillnaderna på depressionssymtomen var många beroende på om det gäller män, kvinnor, äldre, yngre samt beroende på kulturella aspekter. Detta är en orsak till att många äldre inte får sin depression upptäckt vilket stöds av studier av Wasserman (1998) och McCrae (2005). En annan orsak kan vara att det är svårt att urskilja ihop med andra somatiska sjukdomar. Tidigare forskning av Danielsson och Johansson (2005) och Soonthoruchhaiya och Dancy (2006) visar att inte heller patienterna ser sina symtom som tecken på en depression utan som en somatisk sjukdom, detta är ytterligare en faktor som kan försvåra upptäckten av depressioner då patienterna som söker vård inte söker för sin psykiska hälsa utan för sin fysiska. En ignorans mot depression hos äldre kan ses i resultatet vilket ofta hänger ihop med de attityder om depressioner och vilka som drabbas som finns bland vårdpersonalen.

Skillnaderna hos män och kvinnor vid depressioner är att de är olika i sina uttryck vilket spelar in i svårigheterna att upptäcka depressioner. Att en sjukdom aldrig ser likadan ut komplicerar mycket för den som ska ha kunskap och uppmärksamma problemet och studiens resultat visar att depressiva uttryck hos män är mer komplexa och dolda än hos kvinnor. Tidigare studier av

Danielsson och Johansson (2005) och Soonthoruchhaiya och Dancy (2006) visar även de på skillnader i depressioners uttryck mellan könen både i de symtom som uppkommer samt hur de beskriver sitt sätt att må. Sjuksköterskor upptäcker de deprimerade patienterna lättare om de har erfarenhet och kunskap. Okunskap och att sjuksköterskor ofta förknippar fel saker med depression gör att många inte identifieras och att många blir felaktigt identifierade att vara deprimerade trots att de inte lider av en depressionssjukdom. Behovet av undervisning av sjuksköterskor påtalas i denna studies resultat. Om sjuksköterskor har kunskap om hur depressionerna skall upptäckas så kan problemet med felidentifiering minska och de skulle få bättre möjligheter att upptäcka depressioner.

Resultatet tyder på att många av dagens sjuksköterskor har mycket lite befintlig kunskap när det gäller deprimerade patienter och depressionssjukdomar inom den somatiska vården. Det tror författarna orsakar att många av de deprimerade patienterna förblir oupptäckta och inte får den omvårdnad de behöver, vilket orsakar oerhört mycket onödigt lidande för dessa patienter och deras närstående. Tidigare studier av Dahlberg et al (2003) har visat att vårdlidande ofta orsakas av brister i omvårdnaden med till exempel bristande kunskap hos sjuksköterskor vilket bör uppmärksammas och åtgärdas. Lidande och deprimerade patienter uppmärksammas inte och det onödiga lidandet måste påtalas för att en förändring skall kunna ske. Undersökning för upptäckt av tecken och symtom på depression är något som förväntas göras inom sjukvården. Ändå missar sjuksköterskorna depressionen hos många av patienterna som uppfyller kriterierna. Det tycker författarna understryker ett behov av klargörande av den utbredning av depression som finns samt tydliggöra den kliniska framtoningen av en depression i utbildning för sjuksköterskor. Utbildningen och där med kunskapen står inte i proportion till hur stort problemet är idag.

Resultatet i vår studie pekar mot att ökad utbildning för sjuksköterskor angående depressionssjukdomar och dess förekomst skulle vara mycket positivt för dagens vård och de drabbade. Då konsekvenserna av okunskapen blir att depressionen missas hos många patienter och att om sjuksköterskan inte kan identifiera tecken och symtom kommer depression vara ett fortsatt stort folkhälsoproblem. Att depression är ett stort folkhälsoproblem visas i studier av SBU (2004) och det skapar mer ohälsa i världen än många av andra vanliga sjukdomar så som hjärtsjukdomar och en patient som drabbas av en depression löper en ökad risk att dö i förtid vilket författarna ser som ännu en stor anledning till att öka kunskapen hos sjuksköterskor för att förändra möjligheterna för många patienter. Tidigare studier av Cuijpers och Van Lammeren (1999), Zarit et al (1999) och Vanderhorst och McLaren (2005) visar på olika riskfaktorer för att en patient skall drabbas av en depression och vad som kan minska riskerna för att drabbas och författarna tror att det är viktigt att sjuksköterskor får denna information och kunskap för att kunna använda sig av i sitt vårdarbete.

Sjuksköterskan är den som är närmast patienten i alla vårdenheter, det är där den mesta av kontakten finns, inte heller finns en regelbunden kontakt med psykiatrin så patienterna är i ett stort behov av sjuksköterskans kunskap. Tyvärr har inte heller sjuksköterskan tillgång till psykiatrins journaler vilket i många fall komplicerar för sjuksköterskan och tillgången skulle underlätta för en god omvårdnad. Sjuksköterskans beskrivs även som bäst lämpad att samordna mellan de olika sjukvårdsinsatserna och hjälpa till för att skapa kontinuitet i vården

och sjuksköterskan har en mycket viktig roll i detta sammanhang vilket styrks av studier av Socialstyrelsen (1995). Men detta kräver mera kunskap för sjuksköterskan om vart hon skall vända sig när patienter är i behov av kontakter inom psykiatri. Sjuksköterskans omvårdnadsansvar innebär att hon/han ska hjälpa patienten, lyssna och stödja vilket även syns i tidigare studier av Watson (1985) och Dahlberg et al (2003) där de sett att stöd kan ge en positiv hälsoutveckling. Även om hon/han varken kan diagnostisera eller behandla kan hon/han vara en stor tillgång i arbetet mot depressioner. För många kan det vara känsligt att prata om depressioner men sjuksköterskan bygger upp en relation med patienten och har då möjligheter att föra in samtalet på det samt uppmärksamma andra tecken som uppkommer under själva samtalet vilket även styrks av studier av Dahlberg et al (2003). Men det krävs inte bara vilja och goda intensioner hos sjuksköterskan för att uppnå detta. Hon måste också ha fått verktygen och kunskapen för att kunna göra en skillnad och det är därför brister inom allmänsjuksköterskans psykiatriutbildning kan få så stora följder för den enskilde patienten. Okunskapen och osäkerheten kring de här patienterna kanske också kan vara en del av svaret på varför psykiatrivården i landet har så svårt att rekrytera tillräckligt med allmänsjuksköterskor. Kanske skulle mer utbildning öka intresset och höja statusen på att arbeta med psykiskt funktionshindrade? Vi som författare till studien anser att attityder, fördomar och stigmatisering fortfarande är ett problem vid depressionssjukdomar.

Tidigare forskning visar att patienterna ofta upplever psykisk ohälsa som ett känsligt ämne och ofta har svårt att själva sätta ord på symtomen och prata om känslorna och tankarna som sjukdomen medför (Lökenstgard, 1997). Det är fullt förståeligt men att patienten inte får hjälp på grund av attityder och egen rädsla hos vårdpersonalen är enligt författarnas mening oförsvarbart. Kunskap är ett vedertaget och erkänt sätt att förhindra och förändra attityder och fördomar till det bättre. Mer utbildning om depressioner och om sjuksköterskans roll i mötet med deprimerade patienter skulle alltså potentiellt kunna lösa en del av problemen som finns idag inom vården, både samhällsekonomiskt och på individnivå. Watson (1985) beskriver omvårdnad som en konstform och en mellanmänsklig process men samtidigt skriver hon i sin teori att omvårdnaden måste bygga på vetenskaplig kunskap hämtad från naturvetenskapens och beteendevetenskapens områden och det vill författarna belysa i den här studien. Hennes teori stödjer också sjuksköterskans roll som den som ska inge och inspirera till hopp hos patienten vilket studiens resultat har visat är en otroligt viktig komponent i mötet med deprimerade patienter.

## **Konklusion**

Denna studie visar att sjuksköterskan bör bygga upp en relation med patienten då hon med hjälp av denna relation har stora möjligheter att uppmärksamma en depression vilket gör att hon kan minska onödigt lidande och samverka mellan olika vårdinrättningar. Hon bör även finnas där för patienten och förmedla mellanmänsklig värme, engagemang och hopp. Men sjukvårdspersonalens attityder mot depressioner försvårar ofta möjligheterna att upptäcka en depression samt att kunskaper om depressioner ofta saknas hos dem. Sjuksköterskor har ofta inte tillräckligt med kunskap om vad en depression innebär och vad de bör uppmärksamma hos olika människor då symtomen varierar sig mellan kön och åldersgrupper, vilket orsakar att många depressioner förblir oupptäckta och obehandlade. Därför kan det ses ett stort behov av

utbildning av sjuksköterskorna för att minska antalet oidentifierade depressioner och lidandet det medför. Den här litteraturstudien gav ett ökat intresse för författarna och framtida forskning skulle kunna handla mer om sjuksköterskans roll och kunskap vid depression, utbildningsbehovet och de olika uttryck en depression kan ta hos de olika patienterna. Annars är bemötandet från sjukvården och sjuksköterskan samt ignoransen mot depression hos äldre intressant att fördjupa sig i.

### **Implikationer för klinisk verksamhet**

Genom litteraturstudiens beskrivning av sjuksköterskans roll och vikten av kunskap för sjuksköterskan hoppas vi att en förbättring av utbildning om depressioner för sjuksköterskor skall ske samt att upptäckt och hjälp för depression hos patienter skall öka. Vi vill med det här få sjuksköterskor och de som är ansvariga för utbildningen att få upp ögonen för problemet med oidentifierade depressioner och att de ska se vad de själva kan göra och vilken roll de har. Vi som sjuksköterskor måste inse att det är vi som är länken mellan patienten och behandlingen och att vi genom kunskap och uppmärksamhet kan förhindra onödigt lidande.

## REFERENSLISTA

\* Artiklar som använts i resultatet av denna studie.

\*Achterberg, W., Pot, A.M., Kerkstra, A., & Ribbe, M. (2006). Depressive symptoms in newly admitted nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1156-1162

Allgulander, C. (2005). *Introduktion till klinisk psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.

American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Press.

\*Arve, S., Lauri, S., & Lehtonen, A. (2000). Clinical pathway of elderly persons with lowered mood in the health care service. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14, 191-199.

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

\*Bagley, H., Cordingley, L., Burns, A., Mozley, C., Sutcliffe, C., Challis, D., & Huxley, P. (2000). Recognition of depression by staff in nursing and residential homes. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 445-450.

Bell, J. (2006). *Introduktion till forskningsmetodik*. Danmark: Studentlitteratur.

Berg, A.I., Hassing, L.B., McClearn, G.E., & Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old?. *Aging & Mental Health*, 10(3), 257-264.

\*Brown, M., Lapane, K., & Luisi, A. (2002). The management of depression in older nursing home residents. *Journal of American Geriatrics Society*, 50, 69-76.

\*Brown, E.L., McAvay, G., Raue, P.J., Moses, S., & Bruce, M.L. (2003). Recognition of Depression Among Elderly Recipients of Home Care Services. *Psychiatric Services*, 52, 208-213.

\*Brownhill, S., Wilhelm, K., Barclay, L., & Schmied, V. (2005). 'Big build': hidden depression in men. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 921-931.

Chou, K.L., Ho, A.H.Y., & Chi, I. (2006). Living alone and depression in Chinese older adults. *Aging & Mental Health*, 10(6), 583-591.

Cuijpers, P., & Van Lammeren, P. (1999). Depressive symptoms in chronically ill elderly people in residential homes. *Aging & Mental Health*, 3(3), 221-226.

\*Cullum, S., Tucker, S., Todd, C., & Brayne, C. (2006). Screening for depression in older

medical inpatients. *International Journal of Geriatric psychiatry*, 21, 469-476.

\*Cutcliffe, J.R., & Barker, P. (2002). Considering the care of suicidal client and the case for 'engagement and inspiring hope' or 'observations'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 611-621.

\*Cutcliffe, J.R., & Grant, G. (2001). What are the principles and processes of inspiring hope in cognitively impaired older adults within a continuing care environment? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 427-436.

Crafoord, C. (1994). *Människan är en berättelse. Tankar om samtalskonst*. Stockholm: Natur och Kultur.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

\*Daniel, W.L., & Lai, D. (2004). Impact of culture on depressive symptoms of elderly Chinese immigrants. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 820-827.

Danielsson, U., & Johansson, E.E. (2005). Beyond weeping and crying: a gender analysis of expressions of depression. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23, 171-177.

\*Davidson, K.M., & Couvery, H. (2003). A Scottish Survey of attitudes to depression in older and younger adults. *Journal of Mental Health*, 12(5), 505-512.

Davidson, S., Koritsas, S., O'Connor, D.W., & Clarke, D. (2006). The feasibility of a GP led screening intervention for depression among nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1026-1030.

Dew, M. (1998). *Psychiatric disorder in the context of physical illness, in adversity, stress and psychopathology*. New York: Oxford University Press.

Dysthe, O., Hertzberg, F., & Hoel, T.L. (2002). *Skriva för att lära*. Lund: Studentlitteratur.

Flint, E.P., Hays, J.C., Krishnan, K.R., Meador, K.G., & Blazer, D.G. (1998). Suicidal behaviors in depressed men with a family history of suicide: effects of psychosocial factors and age. *Aging & Mental Health*, 2(4), 286-299.

\*Han, B., & Jylha, M. (2006). Improvement in depressive symptoms and changes in self-rated health among community-dwelling disabled older adults. *Aging & Mental Health*, 10(6), 599-605.

Harris, Y., & Cooper, J. (2006). Depressive Symptoms in Older People Predict Nursing Home Admission. *Journal of American Geriatrics Society*, 54, 593-597.

\*Hopkins, C. (2002). 'But what about the really ill people? (An ethnographic study in what it means to nurses on medical admission units to have people who have harmed themselves as their patients). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 147-154.

Holwerda, T.J., Schoevers, R.A., Dekker, J., Deeg, D.J.H., Jonker, C., & Beekman, A.T.F. (2007). The relationship between generalized anxiety disorder, depression and mortality in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 241-249.

\*Jones, R., Marcantonio, E., & Rabinowitz, T. (2003). Prevalence and correlates of recognized depression in U.S. nursing homes. *Journal of American Geriatrics Society*, 51, 1404-1409.

Jahren-Kristoffersen, N. (1998). *Allmän Omvårdnad 1*. Stockholm: Liber AB.

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

Katsumata, Y., Arai, A., Ishida, K., Tomimori, M., Denda, K., & Tamashiro, H. (2005). Gender differences in the contributions of risk factors to depressive symptoms among the elderly persons dwelling in a community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 1084-1089.

Kivelä, S-L., & Pahkala, K. (2001). Depressive Disorder as a Predictor of Physical Disability in Old Age. *Journal of American Geriatrics Society*, 49, 290-296.

\*Lilja, L., Hellzen, M., Lind, I., & Hellzen, O. (2006). The meaning of depression: Swedish nurses' perceptions of depressed inpatients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 269-278.

Lilja, J., & Larsson, S. (1998). *Nya perspektiv på depression och ångest: en socialpsykologisk forskningsöversikt*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet i samarbete med Beroendecentrum Nord, Karolinska institutet och Åbo akademi.

Lökensgard, I. (1997). *Psykiatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

\*Lyne, K.J., Moxon, S., Sinclair, I., Young, P., Kirk, C., & Ellison, S. (2006). Analysis of care planning intervention for reducing depression in older people in residential care. *Aging & Mental Health*, 10(4), 394-403.

\*Mayall, E., Oathamshaw, S., Lovell, K., & Pusey, H. (2004). Development and piloting of a multidisciplinary training course for detection and managing depression in the older person. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 165-171.

McCrea, N., Murray, J., Banerjee, S., Huxley, P., Bhugra, D., Tylee, A., & MacDonald, A. (2005). They're all depressed, aren't they? A qualitative study of social care workers and depression in older adults. *Aging & Mental Health*, 9(6), 508-516.



\*McLaughlin, C. (1999). An exploration of psychiatric nurses' and patients' opinions regarding in-patients care for suicidal patients. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), 1042-1051.

MRF- rapport 2. (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. Uppsala: Almqvist & Wiksell Tryckeri.

Murphy, J.M., Horton, N.J., Laird, N.M., Monson.R.R., Sobol, A.M., & Leighton, A.H. (2004). Anxiety and depression: a 40- year perspective on relationship regarding prevalence, distribution, and comorbidity. *Acta Psychiatria Scandinavium*, 109, 355-375.

Nationalencyklopedin. (2007). *depression*. Hämtat från [www 2007-09-21  
http://ne.se.persefone.his.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=1257203](http://www.nec.se/persefone.his.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=1257203)

\*Nazroo, J. (1997). Gender differences in the onset of depression following a shared life event: A study of couples. *Psychological Medicine*, 27, 9-19.

Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar*. Lund: Studentlitteratur.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2004). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB.

Ottosson, J-O. (2004). *Psykiatri*. Stockholm: Liber AB.

Pahkala, K. (1995). Prevalence of depression in an aged population in Finland. *Social Psychiatry Epidemiology*, 30, 99-106.

\*Pfaff, J.J., & Almeida, O.P. (2005). A cross- sectional analysis of factors that influence the detection of depression in older primary care patients. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 262-265.

Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing Research -Principles and Methods*. (6:th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

\*Raue, P.J., Meyers, B.S., Rowe, J.L., Heo, M., & Bruce, M.L. (2007). Suicidal ideation among elderly homecare patients. *International Journal of Geriatric psychiatry*, 22, 32-37.

Samuelsson, M. (1996). Att vårda självmordnära patienter –studier av självmordrisk och personalattityder. Stockholm: Karolinska institutet.

\*Snowdon, J. (2001). Is depression more prevalent in old age? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 782-787.

Soonthoruchaiya, R., & Dancy, B.L. (2006). Perceptions of depression among elderly thai immigrants. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 681-689.

Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU). (2004). *Behandling av depressionssjukdomar*. hämtat från www 2007-01-31 <http://www.sbu.se/www/index.asp>

Vanderhorst, R. K., & McLaren, S. (2005). Social relationships as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. *Aging & Mental health*, 9(6), 517-525.

Världshälsoorganisationen. (2007). *Depression*. Hämtat från www 2007-10-10. [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/)

Världshälsoorganisationen. (2008). *ICD 10*. Hämtat från www 2008-01-24. <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

Wasserman, D. (1998). *Depression En Vanlig Sjukdom – symtom, orsaker och behandlingsmöjligheter*. Borås: Natur och Kultur.

Watson, J. (1985). *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*. Norwalk: Appleton- Century- Crofts.

Webber, A., Martin, J., Harker, J., Josephson, K., Rubenstein, L., & Alessi, C. (2005). Depression in Older Patients Admitted for Postacute Nursing Home Rehabilitation. *Journal of American Geriatrics Society*, 53, 1017-1022.

Wilhelm, K. (1998). Sex differences in the experience of depressed mood state over fifteen years. *Social Psychiatry Epidemiology*, 33, 16-20.

\*Whyle, E.M., & Rovner, B. (2006). Depression in late-life: Shifting the paradigm from treatment to prevention. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 746-751.

Zarit, S.H., Femia, E.E., Gatz, M., & Johansson, B. (1999). Prevalence, incidence and correlates of depression in the oldest old: the OCTO study. *Aging & Mental Health*, 3(2), 119-128.

## BILAGA 1

Databas	Sökord	Sökalternativ	Antal Träffar	Valda Artiklar
Academic Search Elite	Depression (depressed persons)	Full Text Peer- Rewied	641	5
Academic Search Elite	Depression and prevalence	Full Text Peer- Rewied	848	6
Academic Search Elite	Depression and old age	Full Text Peer- Rewied	361	2
Academic Search Elite	Depression and nursing	Full Text Peer- Rewied	1083	3
Academic Search Elite	Depression and detect	Full Text Peer- Rewied	84	0
CINAHL	Depression and old age	Full Text Peer- Rewied	888	4
CINAHL	Depresssion and prevalence	Full Text Peer- Rewied	628	0
CINAHL	Depression and detect	Full Text Peer- Rewied	44	1
CINAHL	Depression and nursing	Full Text Peer- Rewied	624	1

## BILAGA 2

Titel	Författare	Syfte	Metod	Resultat
1. Depressive symptoms in newly admitted nursing home residents	Achterberg, W., Pot, A.M., Kerkstra, A. & Ribbe, M. (2006).	Studera sambandet mellan depressiva symtom hos de som nyligen kommit till ett äldreboende och vart de bodde innan	Intervjuer	Depressiva symtom var vanliga på äldreboende och de förekom oftare hos de som kom hemifrån än de som kom från sjukhuset
2. Clinical pathway of elderly persons with lowered mood in the health care service	Arve, S., Lauri, S. & Lehtonen, A. (2000).	Att avgöra om det finns en skillnad i sjukdomstillstånd och dödlighet hos de deprimerade och de icke deprimerade	Observationer	Att sjuksköterskor har en nyckelroll i identifieringen av deprimerade patienter och att de måste se sambandet mellan depression och de uttryck olika sjukdomar kan ta.
3. Recognition of depression by staff in nursing and residential homes	Bagley, H., Cordingley, L., Burns, A., Mozley, C., Sutcliffe, C., Challis, D. & Huxley, P. (2000).	Att se över vårdpersonalens möjligheter att upptäcka depression hos nyligen intagna, om utbildad personal hade lättare för att upptäcka depression och i vilken utsträckning personalen på äldreboende fick utbildning	Intervjuer	Vårdpersonalens förmåga att uppmärksamma depression var mycket låg och utbildningsnivå hade ingen betydelse. Deltagarna hade inte heller fått någon utbildning om depressioner
4. The management of depression in older nursing home residents	Brown, M., Lapane, K. & Luisi, A. (2002).	Att undersöka förekomsten av depressioner på äldreboenden, beskriva den medicinska behandlingen och undersöka vilka faktorer hos deltagarna som förutsåg behandling och valet av läkemedel	Intervjuer	Olika kriterier för att ha störst chans att få behandling
5. Recognition of depression	Brown, E.L., McAvay, G.,	Att undersöka sjuksköterskors	Intervjuer (structured clinical interview)	Sjuksköterskor har svårigheter med att

among elderly recipients of home care services	Raue, P.J., Moses, S. & Bruce, M.L. (2003).	möjligheter att korrekt identifiera depression hos äldre samt att beskriva karaktärsdrag och riktiga antaganden om depression		korrekt identifiera de deprimerade patienterna
6. Big build: hidden depression in men	Brownhill, S., Wilhelm, K., Barclay, L. & Schmied, V. (2005).	Att undersöka mäns upplevelser av depression	Grounded theory intervju	Att upplevelsen av en depression ändå var lika mellan könen, det är hur sjukdomen tar sig uttryck som skiljer sig. Män döljer ofta symtomen under lång tid innan det tillslut utmynnar i ett mycket påtagligt men atypiskt depressivt beteende.
7. Screening for depression in older medical inpatients	Cullum, S., Tucker, S., Todd, C. & Brayne, C. (2006).	Rapportera förekomsten av depressiva symtom och depressiva sjukdomar hos äldre patienter	Intervjuer	Att depression är vanligt bland de allra äldsta
8. Considering the care of suicidal client and the case for engagement and inspiring hope or observations	Cutcliffe, J.R. & Barker, P. (2002).	Belysa vikten av engagemang och att inge hopp hos suicidala patienter	Litteraturstudie	Att sjuksköterskan bör ha engagemang och inge hopp hos patienten genom god kommunikation
9. What are the principles and processes of inspiring hope in cognitively impaired older adults within a continuing care environment?	Cutcliffe, J.R. & Grant, G. (2001).	Undersöka sjuksköterskans förmåga att inge hopp	Grounded theory intervju	Att deltagarna inspirerade till hopp genom processer och principer av kunskap och uppbyggda relationer
10. Impact of culture on depressive symptoms of elderly chinese immigrants	Daniel, W.L. & Lai, D. (2004).	Att studera betydelsen av kulturella faktorer för depressiva symtom	Intervjuer med hjälp av bedömningsinstrument	Betydelsen av kulturella skillnader samt hur viktigt det är att man är uppmärksam på etniska och kulturella

				skillnader hos immigranter
11. The feasibility of a GP led screening intervention for depression among nursing home residents	Davidson, S, Koritsas, S, O'Connor, D.W & Clarke, D (2006)	Att undersöka läkarens förmåga att upptäcka depression	Bedömningsinstrument	Läkare hade svårigheter med att uppmärksamma depression hos patienter men en utbildningskurs förbättrade möjligheterna
12. Improvement in the depressive symptoms and changes in self-rated health among community-dwelling disabled older adults	Han, B & Jylha, M (2006)	Undersöka om minskade depressiva symtom ger en ökad chans att förbättra sin hälsa	Intervjuer	Att minska de depressiva symtomen förbättrar äldres hälsa och livskvalitet.
13. But what about the really ill, poorly people?	Hopkins, C. (2002).	Få förståelse för vad det innebär för sjuksköterskor på medicinska avdelningar att vårda patienter med psykisk sjukdom	Observationer kompletterade med intervjuer av sjuksköterskor	Beskriver hur sjuksköterskorna uppledde att vårda psykiskt sjuka människor inom den medicinska vården
14. Prevalence and correlates of recognized depression in U.S nursing homes	Jones, R., Marcantonio, E. & Rabinowitz, T. (2003).	Att få fram data om identifierad depression på äldreboenden	Intervjuer med bedömningsinstrument	Att det finns ett stort mörkertal av odiagnostiserade depressioner
15. The meaning of depression: Swedish nurse's perceptions of depressed inpatients	Liljan, L., Hellzen, M., Lind, I. & Hellzen, O. (2006).	Att undersöka sjuksköterskors syn på inlagda patienter med depression	Frågeformulär baserat på montgomery-åsberg depression rating scale och en analys med Varimax metod	Att sjuksköterskan hade en bild av den deprimerade patienten som en tillintetgörande, främlingsskapande, utmattad, tom och bedrövad individ.
16. Analys of care planning intervention for reducing depression in older people in residential care.	Lyne, K.J, Moxon, S, Sinclair, I., Young, P., Kirk, C & Ellison, S. (2006)	Utvärdera depression och se om hälsa, sociala eller emotionella aspekter har betydelse i äldres depressioner	Bedömningsinstrument och utbildningskurs	Att planerad vård av utbildad och stöttad personal kan vara bra för att lättare upptäcka och minska depressioner
17. Development and piloting of a multidisciplinary	Mayall, E., Oathamshaw, S., Lovell, K. & Pusey, H.	Att utveckla ett utbildningsprogram som ska hjälpa vårdpersonal och	En träningskurs och frågeformulär	En stor skillnad syntes i förmågan att upptäcka depressioner

training course for detection and managing depression in the older person	(2004).	de som arbetar ideellt att lättare upptäcka och behandla depression hos äldre		
18. An exploration of psychiatric nurse's and patients options regarding in-patients care for suicidal patients	McLaughlin, C. (1999).	Beskriva sjuksköterskans och patientens åsikter om vården för deprimerade patienter och undersöka möjligheten till förbättring inom denna vården	Observationer och intervjuer	Presenterar sex svarskategorier vilka framför allt belyser vikten av kommunikation
19. Gender differences in the onset of depression following a shared life event: A study of couples	Nazroo, J. (1997).	Att undersöka könsskillnader vid depression efter en gemensam livshändelse	Intervjuer med bedömningsinstrument	Att könsskillnaderna vid depressioner är en konsekvens av könsrollerna
20. A cross-sectional analysis of factors that influence the detection of depression in older primary care patients	Pfaff, J.J. & Almeida, O.P. (2005).	Att komma fram till saker som karakteriserar äldre patienter som får sin depression upptäckt	Frågeformulär samt inspelningar från läkarsamtal	Många i denna åldersgruppen upplever depressiva symtom i tystnad och går miste om en bra behandling
21. Suicidal ideation among elderly homecare patients	Raue, P.J., Meyers, B.S., Rowe, J.L., Heo, M. & Bruce, M.L. (2007).	Att identifiera, hitta sambandet och den naturliga gången av suicidtankar hos de äldre på äldreboenden	Intervjuer med hjälp av bedömningsinstrument	Hur svår depressionen var, fler medicinska sjukdomar och dåligt socialt stöd påverkade risken för suicid
22. Is depression more prevalent in old age?	Snowdon, J. (2001).	Att undersöka förekomsten av depression hos äldre och att studera studier med olika åldrars skillnader i förekomsten av depression	Litteraturstudie	Att depression är vanligt hos de äldre
23. Depression in late-life: Shifting the paradigm from	Whyte, E.M & Rovner, B. (2006)	Att ta fram och belysa förebyggande forskning på	Undersökande forskning	Att hitta ett sätt att förhindra depression hos äldre är viktigt för

treatment to prevention.		depression hos äldre		sjukvården för att förhindra sjukdom och dödsfall
--------------------------	--	----------------------	--	---



## BILAGA 3

Huvudteman	Underteman
<b>Sjuksköterskans roll</b> Samordnare Observera tecken på depression Känna igen nedstämdhet Attityd	<b>Vikten av kunskap</b> Motstånd hos sjuksköterskan Stigma Utbildning och information Kulturell kunskap  <b>Engagemang och hopp</b> Att visa intresse och engagemang Att inspirera till, och återskapa hopp Engagemangets tre processer
<b>Svårigheter med att uppmärksamma tecken</b> Atypiska symtom Somatiska sjukdomar och depression Faktorer som komplicerar upptäckt Undervisningens betydelse	<b>Könsskillnader</b> Prevalens Depressiva uttryck hos män Genusbetydelsen för uttryck och upplevelse Maskerad depression Förklaring till könsskillnader Kvinnor och familj  <b>Äldre</b> Betydelsen av andra sjukdomar Feldiagnostisering Förekomst i olika åldersgrupper Oidentifierade depressioner Etnologiska och andra faktorer som påverkar upptäckt hos äldre

Bilaga 3: Resultat av litteraturgranskningen.

