

Avesa Azad och Nadia Al-Nasser

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGV51, HT 2017

Kandidatexamen

Handledare: Malin Karlberg Traav

Examinator: Kennet Asplund

Äldres upplevelse av depression

En litteraturöversikt

Elder's experience of depression

A literature review

Sammanfattning

Bakgrund: Psykisk ohälsa är en av Sveriges största folksjukdomar och 20 procent av befolkningen över 65 år är drabbade. Då antalet äldre kommer att öka i och med att medellivslängden ökar kommer även antalet personer med depression följa utvecklingen. Uppkomsten av depression hos äldre kan både ha biologiska och sociala faktorer. Att sätta rätt diagnos på gruppen äldre kan vara svårt då ändrad sinnesstämning ibland misstas för tecken på åldrande.

Syfte: Att beskriva äldres upplevelse av att leva med depression.

Metod: I litteraturöversikten användes tio vetenskapliga studier som analyserades enligt Fribergs metod. Åtta av de utvalda artiklarna var kvalitativa studier, en artikel var med metaanalys metod och en artikel var med mixad metod. Databaser som användes för sökning av vetenskapliga artiklar var CINAHL Complete och PubMed.

Resultat: Resultatet har analyserats och presenterats utifrån Katie Erikssons omvårdnadsteori. Två huvudteman utformades *livslidande* med underteman *ensamhet, hopplöshet, skam* och *sjukdomslidande* med undertemat *kroppsligt lidande*.

Diskussion: De två huvudfynden ensamhet och skam har diskuterats utifrån Karin Dahlbergs teori för att få djupare förståelse av resultatet. Vikten av sjuksköterskans roll lyfts fram av författarna då ett bättre bemötande och ökad kunskap leder till snabbare tillfrisknande för äldre.

Nyckelord: Depression, Geriatrik, Upplevelse, Äldre människor.

Abstract

Background: Mental health is one of the Swedish largest major diseases and 20 percent of the population over 65 years are suffering. As the number of elderly will increase as well life expectancy increases, the number of people with depression will also follow the developments. The arise of depression in the elderly can have both biological and social factors. Putting the right diagnosis to the elderly group can be difficult as a change of state of mind is sometimes mistaken for signs of aging.

Aim: To describe elderly's experience of living with depression.

Method: In this literature review, ten scientific studies were used and analyzed and preformed according to Friberg's method. Eight of the selected articles were qualitative studies, one article was using meta-analysis method and one article was by mixed method. Databases used for the search of scientific articles were CINAHL Complete and PubMed.

Results: The result have analyzed and presented based on Katie Eriksson's nursing theory. Two main theme were designed, the first theme *life suffering* with subthemes *loneliness, hopelessness and shame*. The second main theme is *suffering from illness* with subthemes the *physical suffering*.

Discussion: The main findings *loneliness* and *shame* are discussed based on Karin Dahlberg's theory of caring, to gain a deeper understanding of the result. The importance of the nurse's role is emphasize by the authors, since better treatment and increased knowledge lead to faster recovery for the elderly.

Keywords: Depression, Experience, Geriatric, Older people.

Innehållsförteckning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	4
1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	1
2.1. ÅLDERDOM.....	1
2.2. DEPRESSION	2
2.3. DEPRESSION HOS ÄLDRE	2
2.4. DEPRESSION OCH LIDANDE	3
2.5. RISKFAKTORER	4
2.6. GENUS.....	5
2.7. PROBLEMFÖRMULERING	5
3. SYFTE/FRÅGESTÄLLNINGAR	5
4. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	5
5. METOD	7
5.1 DATAINSAMLING	7
5.2. URVAL	8
5.3. ANALYS.....	8
6. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	9
7. RESULTAT	9
7.1. LIVSLIDANDE	9
7.1.1 <i>Ensamhet</i>	10
7.1.2. <i>Hopplöshet</i>	10
7.1.3 <i>Skam</i>	11
7.2 SJUKDOMSLIDANDE	13
7.2.1. <i>Kroppsligt lidande</i>	13
8. DISKUSSION	13
8.1. <i>Metoddiskussion</i>	13
8.2. <i>Resultatdiskussion</i>	15
9. KLINISKA IMPLIKATIONER	19
10. FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	20
11. SLUTSATS	20
12. REFERENSFÖRTECKNING	22

BILAGA 1. SÖKMATRIS	27
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	29

1. Inledning

Genom mångårig arbetslivserfarenhet inom vården har författarna mött flertalet äldre patienter med diagnostiserad depression. Sjukdomen är vanligt förekommande i länder där befolkningens inkomster är höga och depression ses som ett folkhälsoproblem. Dödligheten bland äldre personer med depression är högre än för deras jämnåriga som inte har samma diagnos. Författarnas uppfattning är att på arbetsplatser har ämnet depression bland äldre inte diskuterats i den grad som de hade önskat vilket resulterade i att patienterna inte fick adekvat behandling för depression. Författarna syftar med sin uppsats att beskriva upplevelsen av depression från de äldres perspektiv.

2. Bakgrund

2.1. Ålderdom

Larsson och Rundgren (2010) beskriver kronologisk ålder som antal år som en människa har levt. Kronologisk ålder är också det begrepp som befolkningsstatistiken utgår ifrån. I Sverige har 65 år använts som skiljelinje för att särskilja äldre från yngre. Traditionellt sett skedde ålderspensioneringen då. Personer mellan 65 till 79 år benämns ”yngre” äldre medan de som har fyllt 80 år benämns ”äldre” äldre.

Fromholt (2010) beskriver att när människan genom utveckling nått en fas av mognad så tar åldrande vid. Åldrande kan ses utifrån två olika perspektiv. Det ena tar fasta på det som människan förlorar i form av kapacitet och färdigheter och kallas ”regressionshypotesen”.

Den andra hypotesen ”växthypotesen” beskriver att genom ålderdom uppnår människan visdom och fulländad mognad vilket ger i motsatts till tidigare hypotes, en positiv bild av åldrandet.

Människans liv delas upp i olika cykler beroende på i vilken ålder hon befinner sig i och bestäms till stor del av hur samhället är organiserat (Fromholt, 2010). Åldern bestämmer i vilken cykel människan är i, skolålder, arbetsför ålder eller pensionsålder även kallad tredje åldern. Ålderdomen återfinns till största delen i tredje åldern och då medellivslängden ökat har även uttrycket *ung-gamla* och *gamla-gamla* myntats. Det talas även om fjärde åldern, där särskiljs grupperna friska äldre och de som är i livets slutskede. Syftet med indelningen av de äldre i olika faser av ålderdomen är viktig för att kunna visa på den variation som finns bland äldre både när det kommer till den fysiska och den psykiska konditionen.

2.2. Depression

De senaste åren har depression ökat (Socialstyrelsen, 2013). Idag lider cirka 20 procent av alla svenskar över 65 år av psykisk ohälsa, och psykisk ohälsa ses därmed som en av Sveriges största folksjukdomar.

År 2015 uppskattades förekomsten av depression bland världsbefolkningen vara 4,4 procent (WHO, 2017). Det fanns en variation i olika åldrar. Kvinnor mellan 55–74 år var de som drabbades mest och siffran uppskattades till 7,5 procent.

Enligt American Psychiatric Association (2013) är depression ett förstämningssyndrom som består av ett antal symtom där det sker en ändring av sinnesstämningen. Depression består av två huvudkriterier: nedstämdhet och minskat emotionellt engagemang (Socialstyrelsen, 2016; Karlsson, 2013). Symtom som personer uppvisar är minskat intresse för att delta i aktiviteter, minskad aptit, sömnstörningar och energibrist. Ängestsymtom är vanligt förekommande och även rastlöshet eller slöhet (Karlsson 2013; Suter, Suter & Johanston, 2008). Personer som lider av depression kan uppleva känslor av värdelöshet och skuld-känslor vilket kan leda till suicidtankar.

2.3. Depression hos äldre

Depression hos äldre är vanligt förekommande (Rolfner Suvanto, 2012). Beräkningar visar att antalet som drabbas av depression kommer att stiga då fler personer blir äldre. Depression kan bero på både biologiska faktorer och sociala (Skärsäter, 2014). En biologisk faktor är att hjärnans signalsubstanser genomgår en tillbakagång efter 65 års ålder (Larsson & Rundgren, 2010). När hjärnan åldras så påverkas halterna av transmittorsubstanser såsom noradrenalin, dopamin och serotonin, vilket kan leda till att sjukdomen uppkommer.

Sociala faktorer beskrivs enligt Karbe och Kaunonen (2015); Djukanovic, Sorjonen och Peterson (2014) som avsaknad av meningsfulla relationer och sammanhang och skapar en känsla av ensamhet.

Känslan av tillit och förtroende till medmänniskor samt känslan av tillhörighet och upplevelsen av att ha tillgång till hjälp ses även som sociala faktorer (Forsman, 2014).

Enligt Peterson och Åsberg (2014) skiljer sig symtomen på depression hos äldre personer från de yngre. Att fastställa diagnosen depression hos äldre kan vara utmanande (Rolfner Suvanto, 2012). Äldre personer anger inte det som ses som klassiska symtom på depression.

De vanligaste symtomen hos äldre är rastlöshet, trötthet och minskad mimik, i mindre utsträckning kan sömnsvårigheter och skuld-känslor uppvisas (Karlsson, 2013; Faber et al.,

2016). Symtomen hos äldre är mindre synliga och kan pågå under längre perioder vilket gör att det blir svårt att upptäcka depressionen för att symtomen tros komma från andra sjukdomar såsom demenssjukdom.

Larsson och Rundgren (2010) beskriver att äldre personer påtalar i större grad att de lider av somatiska problem när de är deprimerade jämfört med yngre. Smärtor som de nämner är belägna kring området bröst, rygg samt vid buken. Studien gjord av Overend et al. (2015) beskriver hur fysisk och psykisk problematik ofta uppträder tillsammans och att tyngdpunkten läggs på att lindra det fysiska lidandet. Motvillighet att identifiera det psykiska lidandet kan härledas till bristande resurser för de äldre.

Bullington (2012) beskriver den psykosomatiska relationen mellan kropp och själ och menar att somliga kroppsliga patologiska tillstånd kan länkas samman med personens psykosociala sammanhang. Bullington (2012) menar att omedvetna känslor såsom stress inför utmanande livssituationer kan konverteras till ett kroppsligt symptom.

2.4. Depression och lidande

Wiklund (2003) beskriver att lidande är förenat med känslor som att inte ha kontroll och ha skuld-känslor. Den drabbade delar inte gärna med sig av sina känslor till sina medmänniskor vilket leder till slutenhet och isolering.

Wiklund (2003) beskriver hur livslidandet alltid är närvarande i människans liv och kan vara mer kännbart hos en del människor än hos andra. Personlig prestation, förhållningsätt till livet, aktivitet är centrala delar i livslidandet och speglar hela människans förhållningsätt till sig själv och sin omgivning. Vid sjukdom blir lidandets roll mer framträdande och lättare att se. Lidandet som en sjukdom medför, har en begränsad roll då den refererar till de symptom och begränsningar som sjukdomen i sig medför. Livslidande har inte dessa begränsningar utan gäller för hela människans existens.

Eriksson (2015) beskriver lidandet som en livskamp och en plåga och menar vidare att varje lidande är unikt.

Wiklund (2003) beskriver att skam och lidande är sammankopplat och är en del av människans varande, precis som positiva känslor.

Människan känner skam när hennes värdighet kränkts av henne själv eller av sina medmänniskor. En konsekvens kan bli att hon önskar gömma sig från det som skapar detta obehag (Wiklund, 2003). Skamkänslan har även funktionen att hjälpa människan att känna av och följa sociala koder och därmed bidra till en gemenskap med sina medmänniskor.

Att känna skam betyder att människan är i kontakt med sitt inre och kan känna av sin omvärld. Att konfronteras med känslan kan bringa obehag och ett val måste göras, ta reda på uppkomsten av känslan eller dra sig undan. Ideal skapade av omgivningen om hur människan förväntas vara men vilka inte överensstämmer med vad som kan uppnås i verkligheten, kan skapa en rädsla och känsla av skam. Genom att dra sig undan från det som orsakar skammen ökar avståndet till andra människor och en gemenskap går förlorad.

Det finns ett stigma bland de drabbade då depression ses som ett tecken på svag karaktär enligt Haralambous et al. (2016) något som medför att tendensen att söka hjälp minskar då skamkänslan alltid är närvarande.

2.5. Riskfaktorer

Depression medför flera riskfaktorer. Med riskfaktorer avses både faktorer som kan leda fram till depression såväl som de faktorer som kan förvärra den drabbades situation.

Depression hos äldre varar i regel tidsmässigt länge än hos de yngre, symtomen är heller inte lika tydliga (Rolfner Suvanto, 2012). När väl en person drabbas av depression är det i större utsträckning troligt att denne drabbas igen oberoende på i vilken ålder personer har.

Riskfaktorer skiljer sig i åldersgrupperna yngre och äldre emellan. För äldre personer under 80 år som bodde på äldreboende så var riskfaktorerna; smärta, funktionsnedsättning, synnedsatthet, bristande socialstöd och upplevelsen av otillräcklig vård (Jongenelis et al., 2004; Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkey & Thisted, 2006). Utöver dessa riskfaktorer framstod ensamhet som en riskfaktor vilket kan leda till depression.

En risk för personer som lider av depression är suicid. Äldre personer löper dubbelt så hög risk för detta jämfört med yngre personer. Hos 60–90 % av de äldre som begick självmord var depression konstaterat. Det är därför konstaterat att det finns hög korrelation mellan depression och självmord (Larsson & Rundgren, 2010). Flertalet, minst 70 % av de som begick självmord hade varit i kontakt med vården kort innan de valde att avsluta sina liv.

Det är viktigt att upptäcka depression och behandla den för att hindra suicidförsök (Waern, 2013). Karlsson (2013); Monserud och Markides (2014) menar att förändringar i livssituationer hos de äldre såsom trauma och förlust av anhöriga eller närstående kan hindra depressionen från att upptäckas.

2.6. Genus

Det finns en stor skillnad mellan hur kvinnor och mäns upplevelser depression (Folkhälsomyndigheten, 2016). Dubbelt så många kvinnor som män diagnostiseras med sjukdomen. Enligt Kvaal (2010); Larsson och Rundgren (2010) handlar det om biologiska och sociala faktorer. Kvinnor kan tala om sin depression eftersom de har bättre kontakt med sina känslor. Kvinnor accepterar depressiva känslor medan män håller depressionen inom sig. Självmord är mest frekvent i gruppen män över 75 år, och män är generellt mer självmordsbenägna.

Depression hos män är inget hälsotillstånd som de söker hjälp för (Wendt & Shafer, 2015). Männerna anser att sjukvårdspersonalen inte är lämpliga att tala med när det kommer till deras emotionella problem till skillnad från kvinnor som kunde söka hjälp av vårdpersonal för sina depressiva symtom.

2.7. Problemformulering

Depression är ett växande problem bland äldre. När människor lider av depression försämras livskvalitén och ett lidande uppstår. Att upptäcka och diagnostisera depression hos en äldre person kan vara komplicerat, både för att depression kan likna till exempel demenssjukdom men även vara det första symtomet på nämnda sjukdom. Äldre söker ofta vård för andra symtom till exempel värk, trötthet och rastlöshet och detta kan leda till att det verkliga problemet helt missas av sjukvården.

Obehandlad depression orsakar stort lidande för de drabbade och kan leda till suicid. Sjukvården kan inte utgå ifrån att smärtan som beskrivs av patienten uteslutande är somatisk. Sjukvården bör därför utreda den äldre personen för depression om det råder tvivel om orsaken och uppkomsten av smärtan. Trots forskning kring ämnet depression så är författarnas uppfattning att kunskapsläget i vården om de äldres upplevelse av att leva med depression är bristfälligt och önskar därmed göra en litteraturöversikt.

3. Syfte/Frågeställningar

Syftet med litteraturöversikten var att beskriva äldres upplevelse av att leva med depression.

4. Teoretiska utgångspunkter

Författarna har valt att analysera och presentera resultatet utifrån Katie Erikssons omvårdnadsteori. I diskussionen kommer resultatet att diskuteras utifrån Karin Dahlbergs

teoribildning. I litteraturöversikten kommer begreppet hälsa som konsensus begrepp vara en central del.

4.1. Katie Eriksson

Erikssons (2015) omvårdnadsteori är en humanvetenskaplig tradition och den ses som vetandet om vårdande av människan i olika situationer i livet, dock läggs tyngdpunkten på balansen mellan hälsa och lidande. Den kunskap som framkommer ur Erikssons omvårdnadsteori ska bidra till att människan återfår ett välbefinnande (Eriksson, 2014).

Eriksson ser människan som unik och som en omätbar enhet av kropp, själ och ande. Människan är i en ständig kamp mellan varande och icke varande något som kan ses som en kamp mellan hälsa och sjukdom, lidande och död (Eriksson, 2015). Människan önskar både ge och få kärlek och att ha ett sammanhang samt förstå meningen med livet.

Eriksson (2015) menar att i begreppet hälsa ryms mycket mer än avsaknad av sjukdom då människan skall ses som en enhet och upplevelsen av att känna sig hel är essensen i begreppet hälsa. Om människan inte känner en helhet, både kroppsligt och själsligt kan det ge upphov till hälsoproblem. Eriksson (2015) beskriver att det är först när människan känner lidande som hon kan uppskatta sin hälsa då skillnaderna mellan hälsa och ohälsa blir tydliga i en sådan situation.

För Eriksson är begreppet lidande en grundpelare då lindrandet av lidande är anledningen till vård. Eriksson beskriver tre olika lidanden, sjukdomslidande, då är lidandet relaterat till smärta i den egna kroppen eller till ett själsligt lidande som uppstår på grund av samhällets attityder kring sjukdomen eller dess behandling (Eriksson, 2015). När lidandet påverkar en människas hela livssituation benämns det som livslidande. Livslidande kan innefatta allt ifrån några delar, till hela människans existens, samt att hennes samvaro med sina medmänniskor hotas. Det sista lidandet som Eriksson beskriver är vårdlidande, det uppkommer om det finns brister i kunskap, bemötande eller förhållningssätt patienter och vårdaren emellan. Lidandet frambringar motstridiga känslor mellan det goda och det onda och där människan strider mot känslan av skam, hon kämpar för att finna en mening i sitt liv och sitt lidande (Eriksson, 2015). Eriksson kallar detta för lidandets kamp.

4.2. Karin Dahlberg

Dahlberg (2010) betonar att upplevelsen av hälsa är viktig. Innebörden varierar människor emellan men gemensamt är känslan av en inre balans. Balansen är inte statisk utan ändras utifrån olika situationer, således även upplevelsen av hälsa. Hälsa inbegriper även relationer

till medmänniskor och ett inre välbefinnande. Det är därmed inte ett begrepp som innefattar enbart frånvaro av sjukdom, utan beskriver ett välmående som tar lika stor hänsyn till biologiska som psykiska aspekter och ses som helheten av ett bra liv. Hälsa beskrivs vidare som känslan av att vara tillfreds med sig själv och sina medmänniskor samt känna mening och sammanhang.

Livsvärld beskriver den bild som människor har av sig själva och sin omgivning (Dahlberg & Segersten, 2010). Denna verklighet är unik för varje människa. Hälsan, lidandet och välbefinnandet återfinns i livsvärlden men det gör även erfarenheter och upplevelser. Centralt i livsvärlden är den särskilda ställning som kroppen har. Den levda kroppen innefattar känslor, erfarenheter, minnen och tankar. Kroppen är även något som människan inte kan lämna, såsom ett rum eller en situation utan följer henne genom livet.

Livsvärlden är summan av flera aspekter och dimensioner, inte bara fysiska eller konkreta utan även subjektiva och individuella (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Kroppen kan kännas annorlunda när livsvärlden uppfylls av känslor som ensamhet och hopplöshet och när tilltron till kroppen sviker kan det uppfattas som en existentiell fara.

Författarna utgår från konsensusbegreppet hälsa. Förståelse för konsensusbegreppet av vikt för att kunna tillgodogöra sig litteraturöversikten då hälsa står i kontrast till det avhandlade ämnet om upplevelsen av en form av ohälsa. Att uppleva hälsa är att ha ett välbefinnande på ett mångdimensionellt plan vilket omfattar såväl fysiskt som psykiskt välbehag.

5. Metod

Författarna har valt att utgå från Fribergs (2012) metod för litteraturöversikten. Författarna har vidare valt att använda kvalitativ forskning vilket lämpar sig för att beskriva personers subjektiva upplevelse av ett fenomen.

5.1 Datainsamling

Författarna valde att strukturera sin litteratursökning enligt Fribergs (2012) metod. Litteratursökningen initierades med en frisökning i databaser för att få en överblick av tillgängligt material. Målet med den generella frisökningen var att få en uppfattning om forskning fanns tillgänglig och om den kunde svara på författarnas syfte.

Databaser som användes för sökning av vetenskapliga artiklar var Cinahl och Pubmed.

Pudmed spänner över områden som medicin och omvårdnad och består till större delen av vetenskapliga artiklar men även material från tidsskriftsförlag (Forsberg & Wengström, 2015). Cinahl publicerar artiklar som inriktar sig på omvårdnad.

Ord som användes i första sökningen var *depression, elderly, experience, lived experience, understanding*. För att få fram relevanta artiklar har författarna tagit hjälp av MeSh (Medical Subject Headings). MeSh är ett stödverktyg som underlättar sökningar i internationella databaser genom att sammanlänka relevanta termer, detta gör sökningen mer hanterbar. Särskilda sökord som användes var *experience of depression and older people, geriatric, elder, older, senior, adult, late life, anxiety, loneliness, emotion, sociologic factors older, biological factors, self-management*. Dessa kombinerades med bindeord som "AND och OR". Se Bilga 1.

5.2. Urval

Författarna gjorde avgränsningar i sökningarna genom sökkriteriet *peer review*. Det säkerställer att använda artiklar är vetenskapligt granskade. Avgränsningen gjordes även till publiceringsåren 2007–2017, detta för att få fram aktuell forskning. Funktionen *advanced search* användes för att få resultat som överensstämde med författarnas syfte.

Efter en grundlig genomgång av sökresultatet valde författarna ut de artiklar som var relevanta. I ett första steg togs hänsyn till artiklarnas rubrik, därefter lästes artiklarnas abstract och som nästa steg läste författarna artiklarnas nyckelord och bedömde om de relevanta.

Författarna hade för avsikt att beskriva äldres upplevelse av att leva med depression och valde därmed ut artiklar med kvalitativ design. Kvalitativ forskning kan till fördel användas när forskare vill studera och förstå människans erfarenheter angående ett upplevt fenomen (Henricson & Billhult, 2014).

5.3. Analys

Analysen genomfördes enligt Fribergs (2012) modell. Författarna läste igenom de utvalda artiklarnas resultat flertalet gånger för att säkerställa att dessa svarade på litteraturöversiktens syfte. Artiklarnas innehåll sammanställdes därefter i ett schema utifrån textens innehåll. Detta för att författarna skulle kunna bygga en struktur inför nästkommande steg i analysen.

De teman som framkom i de utvalda artiklarna kodades genom markering med färgpennor och grupperades. För att författarna skulle kunna dela upp artiklarnas innehåll i teman tog de hänsyn till likheter och skillnader i artiklarnas resultatdel. I analysens nästa steg jämfördes

resultatet med Katie Erikssons omvårdnadsteori och begreppen lidande och hälsa blev synliggjorda. Efter att indelningen skett diskuterades ovan till samsyn rådde författarna emellan.

6. Forskningsetiska överväganden

Författarna har inför och under litteraturöversikten gjort etiska överväganden och det har genomsyrat hela arbetet. I en vetenskaplig studie bör forsknings etiska överväganden göras löpande genom hela arbetet. Alla personer ska vara fullt medvetna om studiens syfte (Forsberg & Wengström, 2015). Med avstamp i detta har författarna valt att enbart arbeta med de artiklar som har fått tillstånd av etisk kommitté eller studier som hade genomförts efter noggranna etiska överväganden.

Vidare har författarna i denna litteraturöversikt baserat sina etiska överväganden på de tre principer som tillämpas för etisk motivering av en studie: att det bör framgå att studien utförts på ett etiskt sätt, att översikten ska vara relevant och att studien bör vara i god kvalitet gällande metod och val av ämne.

7. Resultat

Författarna har i sin litteraturöversikt kunnat utforma två olika huvudteman med undertemat som kopplades till Katie Erikssons vårdteori. Nedan presenteras två huvudteman och fyra underteman. Det första huvudtemat är livslidande med tre underteman som är ensamhet, hopplöshet och skam. Det andra huvudtemat är sjukdomslidande med undertemat kroppsligt lidande.

7.1. Livslidande

Lidande i samband med depression betraktades som livslidande av de drabbade. Känslan som beskrevs var en handfallenhet och en överhängande fara för deras existens och tillvaro (Allan & Dixon, 2009; Corcoran et al., 2013; Ward, Mengesha & Issa, 2013; Bjørkløf, Kirkevold, Engedal, Selbaek & Helvik, 2015; Black, White & Hannum, 2007; Holm, Lyberg, Lassenius & Severinsson, 2013; Black, Gitlin & Burke, 2011; Ludvigsson, Milberg, Marcusson & Wressle, 2014; Zeng, North & Kent, 2012). Tre underteman identifierades tydligt i litteraturöversiktens resultat vilka kunde kopplas till livslidande; ensamhet, hopplöshet och skam.

7.1.1 *Ensamhet*

Ensamhet känslan kunde bara förstås av den drabbad och beskrevs av personerna som fångenskap (Allan & Dixon, 2009; Corcoran, et al. 2013; Ward et al., 2013; Bjørkløf et al., 2015; Black et al, 2007; Holm, Lyberg et al., 2013; Black, Gitlin & Burke, 2011; Zeng, North & Kent, 2012). Den drabbade kunde inte delta i sociala sammanhang vilket lede till upplevelsen av ensamhet.

Depression sågs som en reaktion på svåra livsförhållanden och den var relaterad till sorg och lidande (Ward et al., 2013; Bjørkløf et al., 2015; Corcoran et al., 2013). Känslor av sorg kunde uppkomma på grund av förlust av personer i de drabbades närhet. Detta skapade känslor av tomhet och ensamhet.

Personerna beskrev en känsla av meningslöshet och att de inte hade en känsla av sammanhang eftersom de isolerar sig från omvärlden (Holm et al., 2013). De kände ensamhet, både på grund av avsaknad av nära familjeband och för att de bodde själva men även för att de hade svårt att delta i gemensamma aktiviteter på grund av sin sjukdom.

Känslan av att vara övergiven av familj och vänner var något som var vanligt förekommande bland de drabbade. Brist på samhörighet ledde till upplevelsen av ensamhet (Holm et al., 2013; Bjørkløf et al., 2007; Concoran et al., 2013). Personerna beskrev att de hade viljan att vara för sig själva men ändå ville känna omtanke av familjen.

Personerna beskrev att när de var inlagda på sjukhus för sin sjukdom önskade de få besök för att lindra känslan av ensamhet, men när besöken uteblev förstärktes upplevelsen av ensamhet (Black et al. 2011).

Känslan av ensamhet blev mer påtaglig då de drabbade saknade någon att prata med (Allan & Dixon, 2009). När personerna inte hade någon ork och energi kvar för att kämpa med att dölja sin depression, drog de sig undan och isolerade sig.

7.1.2. *Hopplöshet*

Personernas upplevelse av depression bidrog till känslan av hopplöshet (Black et al., 2007; Allan & Dixon, 2009; Bjørkløf et al., 2015; Corcorn et al. 2013; Ward et al., 2013; Holm et al., 2013; Black et al., 2011; Zeng, North & Kent, 2012).

Depressionen beskrevs som ett hinder för att leva i det verkliga livet (Black et al.,2011). Genom sjukdomen fick de drabbade ett isolerat liv och klarade inte av att bryta den.

Depression var något som skulle accepteras och att det var en naturlig del av livet (Ward et al., 2013). Personerna berättade vidare om deras känslor såsom brist på motivation och

hopplöshet.

De äldre beskrev att de kände sig ”fast i sin situation” och utvecklade närmre känslor som de hade: kraftlösa, hjälplösa och perplexa inför sin situation (Allan & Dixon 2009; Bjørkløf et al., 2015; Zeng et al., 2012). Personer beskrev hur de inte längre har kontroll över sin dagliga rutin och att det medförde en känsla av hopplöshet, ensamhet och hjälplöshet. De upplevde svårigheter med att hitta en väg framåt och bidra till sitt tillfrisknande vilket bidrog till ökad känsla av hopplöshet och att vara en börda.

Tvivel på tillfrisknande hindrade de äldre att gå vidare i sina liv (Allan & Dixon; Zeng, et al., 2012). Upplevelsen av att vara värdelös och en börda för sin omgivning på grund av sin sjukdom fanns också beskrivet.

De som lider av depression har känslan av att inte ha kontroll över sina liv och att det pågår en ständig kamp för att behålla kontrollen (Allan & Dixon, 2009; Holm et al., 2013). Personerna upplevde att de är i en ofördelaktig position. De hade även en känsla av meningslöshet vilket kunde leda till isolering.

Att leva med en känsla av hopplöshet förknippades med lidande och smärta (Allan & Dixon 2009; Zeng, et al., 2012). Suicidaltankar kunde förekomma bland de äldre personer och att avsluta sitt liv sågs som enda vägen ut ur smärta och lidande.

Depression beskrevs som en ständig känsla av oro som ökade med åldern (Black et al., 2011). Tanken om att aldrig bli frisk från depression ledde till misstro för den hjälp som erbjöds (Allan & Dixon 2009; Holm, et al., 2013). Det upplevdes skrämmande för den drabbade att det inte fanns hopp om att kunna återhämta sig och bli frisk. Känslan av att lidandet inte skulle försvinna förekom.

Personerna beskrev rädsla för det okända och förändring (Zeng, et al., 2012). De kände inte igen sig själva när de var deprimerade. Detta lede till att rädslan dominerade deras vardag och bidrog till att depressionen förvärrades.

7.1.3 Skam

Skam var en närvarande känsla hos de äldre. Det var en upplevelse som var central för de flesta studiedeltagarna (Allan & Dixon, 2009; Bjørkløf et al., 2015; Ward et al., 2013; Holm et al., 2013; Black et al., 2011; Ludvigsson et al., 2015; Zeng et al., 2012; Conner et al., 2010).

Äldre personer med depression upplevde ett stigma. Dessa tankar ledde till förnekelse av sjukdomen (Ward et al., 2013). Upplevelsen av att depression var skamfyllt och det stigma som följde, hindrade personerna från att söka vård för sin sjukdom.

Depressionen beskrevs som något skamligt. Det var något som omgivningen var rädd för och den drabbade ansågs som galen (Black et al., 2011; Ludvigsson et al., 2015). Till följd av detta dolde den drabbade sin sjukdom. De fördomar som omgivningen hade var en anledning till att den deprimerade drog sig undan.

Den drabbade talade inte om sin sjukdom med familjen på grund av familjens negativa syn på depression (Black et al., 2011; Allan & Dixon, 2009; Conner et al., 2010) något ledde till att den drabbade kände sig som en utomstående.

Äldre personer med depression kände ett starkt självförakt. Personerna beskrev känslan av att vara oälskad, och hur de kände skam och otillräcklighet (Allan & Dixon, 2009; Zeng, et al., 2012). Vidare beskrev de känslor såsom skuld. Personerna trodde således att det var något fel på dem. Känslorna som personerna beskrev ovan upplevdes som skrämmande. De upplevde rädsla inför sina negativa känslor.

Då personernas förmåga att agera i det vardagliga livet och även att ” ta sig samman ” var nedsatt så infann sig istället skamkänslor (Bjørkløf et al., 2015). Trots att flera av personerna hade varit aktiva och själva tagit hand om en yngre generation fasade de inför att själva behöva be om hjälp. De skuldbelade sig själva och såg sig som anledning till besvikelse för sina anhöriga.

Att leva med depression var förknippat med känslan att inte vara som ” alla andra ” och resulterade i en känsla av skam (Holm et al., 2013). Äldre personer tenderade att inte berätta om sin sjukdom och dölja depressionen för omvärlden på grund av ett upplevt stigma (Allan & Dixon, 2009; Black et., 2011; Conner et al., 2010). Utåt sett så försökte de äldre bibehålla en bild av sig själva där allt såg vanligt och normalt ut, nedstämdheten doldes för det var ingenting som de önskade tala om. Beteendet tröttade ut personerna till slut och det ledde till en emotionell distans till familjer och vänner.

Anhöriga kunde känna ett starkt stigma inför depression något som hindrade den drabbade från att söka hjälp, (Black et al., 2011) tilldels för att familjen till den drabbade skulle ha svårt att förklara en sjukhusvistelse för vänner och bekanta.

7.2 Sjukdomslidande

De äldre personernas upplevelse av depression kunde ses som sjukdomslidande då smärta var förekommande (Allan & Dixon, 2009; Corcoran, et al., 2013; Bjørkløf et al., 2015; Black et al., 2007; Black et al., 2011; Ludvigsson et al., 2014; Zeng et al., 2012). Den fysiska smärtan som beskrevs i studierna ledde till identifieringen av undertemat kroppsligt lidande.

7.2.1. Kroppsligt lidande

Ett resultat som tydligt framstod var ett fysiskt lidande i samband med depression (Allan & Dixon, 2009; Corcoran, et al., 2013; Bjørkløf et al., 2015; Black et al., 2007; Black et al., 2011; Ludvigsson et al., 2014; Zeng et al., 2012).

Äldre personer beskrev ofta fysiska symtom i samband med sin depression. De symtom som de nämnde var ett generellt försämrat hälsotillstånd, värk eller illamående, förändringar i sömnen och aptiten samt en lägre energinivå (Corcoran et al., 2013; Zeng et al., 2011). Det kroppsliga lidandet var det mest påtagliga vid depression (Bjørkløf et al., 2015). Smärtorna och spänningarna i musklerna som de upplevde var starka och fanns kring nacke, buk, och bröst.

Depression kunde även ha sin upprinnelse i samband med fysisk smärta. Personerna beskrev att upplevelsen av depression var knuten till det kroppsliga åldrandet och besvären som följer (Black et al., 2011; Bjørkløf et al., 2015; Ludvigsson et al., 2007; Allan & Dixon, 2009; Zeng, et al., 2012; Black et al., 2007). Fysiska begränsningar till följd av sjukdomar förändrade deras uppfattning och förväntningar om livet. Äldre kopplade samman depression med att känslomässiga, mentala och kroppsliga färdigheter försvagades. Fysiska begränsningar kunde förstärka känslan av depression och medförde risker för isolering. Personerna beskrev att depression ledde till somatiska besvär. Att lida av depression kopplas samman med en förfärlig plåga och smärtsamma tillstånd. De beskrev att brist på energi under vardagen kunde begränsa dem i deras vardagsrutiner.

8. Diskussion

8.1. Metoddiskussion

I början av sökningen av material gjorde författarna en bred sökning i databaserna för att få en tydlig bild av fenomenet. Detta resulterade i att författarna la extra tid för att hitta relevanta artiklar. Genom bristande kunskaper i sökmetoden upplevde författarna att de inte hittade de

artiklar som de sökte efter. Dessa begränsningar ledde till merarbete, då författarna läste igenom varje artikel som sökningen gav. Successivt ökade kunskapen, vilket resulterade i förbättrad träffsäkerhet vid sökningar av artiklar. Vidare har författarna använt sig av fler sökord, något som gav ökade träffar. Ökad kunskap ledde också till att författarna läste sedermera abstrakten samt resultatet av artiklarna vilket minskade söktiden.

Sökningar begränsades med peer review för att få träffar på artiklar av god kvalitet. För att få aktuellt material och behålla god kvalitet till litteraturöversikten begränsade författarna sin sökning till åren 2007–2017. Författarna valde att utgå från resultatartiklar som använt sig av kvalitativ metod i studierna då det lämpar sig för att beskriva äldres upplevelse av depression vilket var syftet med litteraturöversikten.

Författarna fann artiklar med kvantitativ metod innehållandes relevanta objektiva fakta men detta passade inte med litteraturöversiktets syfte, eftersom författarna hade i fokus äldres upplevelse av att leva med depression vilket är unikt, individuellt och subjektivt.

Eftersom det finns en kulturell skillnad i världen, något som kan påverka äldres upplevelse av att leva med depression, fanns en önskan till en början att studera artiklar från de nordiska länderna men då de artiklar som var tillgängliga enbart var kvantitativa valde författarna att bredda sin sökning till västvärlden, som får anses spegla svenska förhållanden. Författarna valde också att begränsa sökningen utifrån åldern på de äldre och definierade äldre personer som 65 år och uppåt.

Endast artiklar författade på engelska valdes, då de tidskrifter som publicerar vetenskap är engelskspråkiga. För att undvika misstolkningar vid översättningen av artiklarnas resultat har författarna varit försiktiga i sin tolkning. Enligt Sandman och Kjellström (2013) så finns det risk av feltolkning av en text när texten inte är skriven på författarnas modersmål.

Översättningen av textmaterialet har skett i tre steg. I första steget så har författarna använt sig av Norstedts stora engelska ordbok för att få en korrekt översättning av vissa begrepp. I andra steget så har författarna enskilt läst artiklarna och skrivit ner översättningen och det tredje steget så har författarna diskuterat fram ett gemensamt beslut över översättningen.

Åtta av de utvalda artiklarna var kvalitativa studier, en artikel var med metasyntes metod och en artikel var med mixad metod. En studie med mixad metod innehåller både en kvantitativ respektive kvalitativ del vilka kompletterar varandra i de begränsningar som kan finnas i vardera metoden. Författarna valde att enbart arbeta med den kvalitativa delen i den artikeln som var med mixad metod. Det framkom en tydlig bild av fenomenet i de kvalitativa studierna eftersom upplevelsen av fenomenet uttrycktes med egna ord. Metasyntes gav författarna en samlad bild av tidigare forskning då metasyntes som metod innebär att tidigare

publicerade resultat samlas i en artikel.

För att hantera risken för författarnas förförståelse och för att inte missa viktigt material i resultatartiklarna, har författarna samarbetat vid analysen av materialet.

Efter att författarna analyserat materialet och utformat en indelning av teman och underteman med hjälp av Erikssons omvårdnadsteori så har hennes teori löpt genom resultatdelen som en röd tråd. Författarna finner att Katie Erikssons beskrivning av människans lidande och då i synnerhet det själsliga utgör en bra grund för resultatet av litteraturöversikten. Då författarna redan hade använt Erikssons omvårdnadsteori vilken inledningsvis var avsedd för litteraturöversiktens resultatdiskussion, valde författarna att lägga till en vårdvetenskaplig teoretiker. Författarna valde att utgå från Karin Dahlbergs teori eftersom teorin bygger på Katie Erikssons omvårdnadsteori (Eriksson, 2014; Dahlberg & Segesten, 2010). De två valda teoretikerna kan med lätthet kopplas samman i beskrivningen av hälsa. Eriksson ger utrymme i sin teori om hur lidande upplevs medan Dahlberg beskriver balansen i en människas liv och hur den ger möjlighet till hälsa och därmed även hur obalans kan föda ohälsa.

8.2. Resultatdiskussion

Författarnas syfte var med litteraturstudien att beskriva äldres upplevelse av att leva med depression. Två fynd har belysts i litteraturöversiktens diskussion, ensamhet och skam. Dessa har diskuterats från annan forskning och kopplats till den teoretiska utgångspunkten.

8.2.1. Ensamhet

Upplevelsen av ensamhet var svår att hantera. Många äldre kände sig övergivna av familjer och vänner vilket ledde till att många upplevde ensamhet och brist på sammanhang. Att förlora en närstående kunde öka känslan av sorg något som påverkade känslan av ensamhet. Det har visat sig i flertalet tidigare studier att ensamhet och depression har en koppling.

Studien av Pettigrew och Roberts (2008) visar att ensamhet upplevdes som en del av åldrandet och att den ökade på grund av social isolering vilket var ett resultat av fysiska begränsningar. Det var även vanligt förekommande att ensamhetskänslan ökade på grund av att familjer och vänner inte hade tid att umgås eller att anhöriga hade avlidit.

Det är viktigt att sjuksköterskan inte har en förförståelse av den äldres upplevelse av ensamhet (Davison, McCabe, Mellor, Karantzas & George, 2009; Murphy, 2006). Det har visat sig att majoriteten av vårdpersonalen tror att upplevelsen av ensamhet är en konsekvens av ålderdomen.

Upplevelsen av ensamhet är existentiell och ingen annan människa kan dela med sig av den känslan (Dahlberg & Segesten, 2010). Ensamheten beskrivs som en djup och tung känsla och uppstår när personer upplever brist på samhörighet och gemenskap. Människor strävar efter att känna sammanhang, utan ett sammanhang eller mening blir hälsa svårt att uppnå då dessa företeelser är starkt kopplade till varandra.

Trots ovannämnda beskrivningar av negativa känslor som uppkommer i sammanband med ensamhet så kan även ensamhet leda till bra upplevelser under förutsättning att den är frivillig (Dahlberg & Segesten, 2010). När människor själva väljer bort andras gemenskap så skapar det en upplevelse av vila, lugn och ro och resulterar i en känsla av inre frid. När människan ger sig själv utrymme och tid för att reflektera och tänka över sin livssituation, kan det leda till en upplevelse av stimulans och kreativitet.

Till skillnad från frivillig ensamhet så är ensamheten påtvingad när en människa känner sig exkluderad. När människor söker gemenskap men inte hittar den så skapas känslor av att vara isolerad och bortglömd vilket skapar en känsla av att inte längre behövas (Dahlberg & Segesten, 2010). När en person är van vid att ha en kontinuerlig och regelbunden gemenskap samt relationer och förlorar dessa så ökar känslan av ensamhet.

I litteraturöversiktens resultat har författarna förstått att när personer blir äldre ökar deras upplevelse av åldersrelaterade förluster. Förlust av familjemedlemmar, vänner och social isolering leder till ensamhet. Alla dessa förluster och ibland i kombination av fysiska begränsningar leder till depression.

När sjuksköterskan får insikt om att det finns bakomliggande orsaker till upplevelsen av depression i bemötandet med den drabbade, kan det leda till att sjuksköterskan är mer lyhörd för den äldres berättelse. Åldersrelaterade förluster och förändringar i vardagen är en stor del av äldre personers livssituation. Genom att sjuksköterskan tar del av äldre personers berättelser skapar detta tillit och trygghet i mötet.

I ny forskning har det visat sig att depression kan drabba alla människor i alla åldrar. Depression beskrevs som negativ energi och förknippas med stora hinder i livet. Om människan inte har kontroll över dessa hinder så kan det leda till lidande (Acharya & Northcott, 2007). För att minska risken av att drabbas av depression så är det viktigt att personen erkänner för sig själv när om hinder upplevs och en inre kontroll innehas.

Det visade sig i litteraturöversiktens resultat att många äldre drog sig undan från familj och vänner på grund av att deras kunskap om depression och hanteringen av symtomen var begränsade. Många äldre saknade kunskap om sitt psykiska tillstånd.

Sjuksköterskan kan fungera som en avgörande faktor för att upptäcka och behandla depression bland äldre. Vikten av att sjuksköterskan eller vårdpersonalen har kunskap om depression och depressiva symptom har betonats i ny forskning (Davison et al., 2009; Murphy, 2006).

Ensamheten kunde vara en enskild faktor för att öka risken för att äldre personer skulle drabbas av depression (Adams, Sanders & Auth, 2004; Dragest & Espehaug, 2011). Att äldre personer upplever ensamhet handlar inte bara om att ha ett socialt sammanhang utan också ha ett emotionellt sammanhang. Genom att äldre personer tappade den fysiska mänskliga kontakten så påverkades även den psykiska aspekten. Genom att ingen som besöker den äldre personen så skapas ingen emotionell samhörighet med andra. Ensamheten kunde också upplevas även om personen var omringad av andra människor. Dessa personer upplevde ensamheten av andra anledningar såsom trauma eller negativa händelser i barndomen vilka personen inte hade bearbetat. Ensamheten ledde till att många äldre kände ohälsa och hindrade de från att leva ett gott liv.

Enligt Dahlberg och Segesten (2010) kan all ohälsa störa upplevelsen av ett gott liv. Det är viktigt att lidandet inte undanröjs, utan att äldre personer stöds för att stärka hälsoprocessen och att deras välbefinnande ökar trots att ohälsan hotar existensen.

Det är viktigt för en sjuksköterska att i bemötandet av äldre personer som lider av ensamhet på grund av depression eller visar tecken på depressiva symtom, ersätter den mellanmänsklig relation som saknas. Målet med en mellanmänsklig relation är att minska den existentiella ensamheten (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Genom att sjuksköterskan försöker att fungera som ersättare för den mellanmänskliga relationen som saknas, kan hen stärka hälsoprocessen och välbefinnandet och därmed kan livskraften förstärkas.

Dahlberg och Segesten (2010) beskriver livskraft som en kraft vilken inkluderar välbefinnande och är centralt för upplevelsen av god hälsa. I livet så finns det hinder och möjligheter och människan måste ägna sin egen livskraft åt att vilja leva och känna livslusten.

Ensamhet har i tidigare forskning uppmärksammats som en återkommande upplevelse. Upplevelsen av ensamhet i samband med depression har löpt genom merparten av forskningen som författarna har arbetat med i litteraturöversikten. Därför anser författarna att det är viktigt att lyfta fram ensamhet som upplevelse då den kunskapen kan vara till nytta i sjuksköterskans möte med äldre personer som lider av depression. Vidare så betonar författarna vikten av att sjuksköterskan i sitt bemötande av den drabbade ser hela personen och vågar träda in i personens livsvärld.

8.2.2. Skam

En känsla av vanmakt kan infinna sig hos personer som är drabbade av depression. Att känna skuld, negativitet och stigmatisering är inte ovanligt. Lilja och Hellzen (2014) beskrev hur stigmatisering är den känsla som personer bär med sig efter att samhället identifierat en person som avvikande från normen vilket kan resultera i en utstötning från tidigare kontext.

I litteraturöversiktens resultat framkom att skamkänslan väcktes i samband med upplevelsen av att inte vara som alla andra och personerna försökte därmed dölja sin nedstämdhet för att de inte ville prata om sina känslor vilket ledde till en emotionell distans till omgivningen.

Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att inte ha en balans och en behaglig livsrytm i sitt liv påverkar människan negativt och har inverkan på hennes handlingskraft. För att hälsa ska kunna uppnås måste en livsrytm finnas i varje människas liv. Livsrytm beskrivs som stunder av rörelser och stillhet i livet men måste vara stabil för att hälsa ska kunna sägas finnas.

Rörelse innebär inte bara fysisk eller biologisk rörelse såsom kroppens motorik, det innebär rörelse från en tanke till en annan eller från ett känsloläge till ett annat. Rörelse kan sägas finnas på flera plan inte bara det synliga. Stillhet är betydande och den andra delen i livsrytmen. I stunder av stillhet upplevs ro och känslan av att vara tillfreds med sin tillvaro kunna vila sina sinnen. Samvaron med människor måste präglas av stunder av stillhet där en tillåtande atmosfär råder där ingen bedömd eller värderad (Dahlberg & Segesten, 2010). Hur mycket av stillhet och rörelse som ska finnas i varje persons liv är individuellt men det kan med säkerhet fastslås att balans måste råda för att hälsa ska kunna upplevas.

I en ny forskning av Holm och Severinsson (2014) belystes en möjlig aspekt om varför de drabbade inte var benägna att acceptera sin sjukdom. Bristfällig information och kunskap om sjukdomen ledde till att personerna kände ett behov av att upprätthålla en normal fasad inför omgivningen och dölja sina uppriktiga känslor. Om personen drar sig för att söka hjälp och fortsätter att leva i sitt depressiva tillstånd, befästs skamkänslan och en negativ spiral fortsätter.

Ytterligare forskning stödjer insikten om att det är viktigt att patienterna blir medvetna om symtom kopplade till sjukdomen. Genom detta så kommer de att klarar av att hantera sin sjukdom samt vara delaktiga i sitt tillfrisknande (Schröder, Ahlström & Larsson, 2006). Genom att sjukvården avdramatiserar depression och arbetar för att de personer som söker sig till sjukvården möts av förståelse och en icke dömande attityd kan stigmatisering minska. Genom att vården inte särskiljer dessa personer från andra känner ökar deras känsla av att ha ett värde.

En annan aspekt som lyftes i författarnas resultat var att även den drabbades anhöriga kunde känna stigma inför sjukdomen något som personen kände av. Anhörigas negativa attityder och stigma hade påverkan på huruvida personen uppsökte vård då de inte ville försätta sina anhöriga i en obekväm situation där förklaringar var tvungna att ges till utomstående.

En ny intressant aspekt som forskningen erfar och som styrker författarnas framkomna resultat, är uppkomsten av familjens skam kring depression. Grunden för attityden sätts redan i barndomen och överförs från den gamla generationen till den nya, och även om attityden förbättrades något för varje generation fanns alltid fördomar kvar något som hindrade ett fördomsfritt förhållningssätt (Kithen et al., 2013). Forskningen visar att om familjen kan agera som emotionellt i stöd genom att vara tillgängliga för att diskutera depressionen samt vara en betrodd del i processen underlättades uppsökandet av vård av den drabbade.

Dahlberg och Segesten (2010) beskriver även hur nära relationer får en mer framträdande roll i stunder av ohälsa och att en omprioritering av livets innehåll sker när sjukdom inträder hos en människa. Författarna finner att detta väl illustrerar vikten av nära relationer för att minimera skamkänslor. Genom att öka kunskapen och acceptansen för depression blir stigmatisering ett avtagande problem. Att personer vågar tala om sin sjukdom utan att vara rädda för att bli dömda av mottagaren av informationen, exempelvis familj, vänner och sjukvården, kan detta skapa en positiv cirkel där även mottagaren kan tolka öppenheten som en signal på normalitet och därmed inte reagerar med stigma.

9. Kliniska implikationer

Författarna ser att litteraturöversiktens resultat kan användas för att öka medvetenhet hos sjuksköterskan om det lidande som de äldre personer som drabbas av depression erfar, vilket i sin tur kan leda till ett bättre bemötande från sjuksköterskan. Genom att kunna ta del av viktig information som den drabbade delger kan en tydligare helhetsbild av sjukdomen byggas upp och det är författarnas förhoppning att det leder till en mer kvalitativ och anpassad vård. Genom att kunna ta del av de drabbades upplevelser förmedlade genom litteraturöversikten och kunna förstå dess innebörd hoppas författarna på en ökad lyhördhet inom vården.

Författarna har även förhoppningen att genom ökat kunskapsläge om symtom på depression hos äldre så ska dessa inte förväxlas med det som antas vara det naturliga åldrandet utan att de äldre personerna istället ska erbjudas utredning för depression om sådan misstanke föreligger. Detta bör leda till ett större välbefinnande hos både drabbade och

anhöriga då diagnos är avgörande för att rätt behandling ska kunna sättas in. Genom att säkerställa att de drabbade som söker sig till sjukvården möts av kunnig och välinformerad personal hoppas författarna att deras resultat ska ha en positiv effekt på samhällets inställning till äldre med depression.

10. Förslag till fortsatt forskning

I litteraturöversiktens resultat påvisades en klar bild av lidande i samband med äldre personers upplevelser av depression. Författarna finner att det är viktigt att fortsatt forskning belyser den subjektiva upplevelsen av depression då den upplevs som mindre beforskad. Fysiska smärtor i samband med depression påtalas i högre grad av äldre personer än yngre personer. Författarna fann detta fenomen som väldigt intressant men orsakerna gavs ingen förklaring till. Dessa psykosomatiska symtom skiljer sig åt åldersgrupper emellan vilket kan leda till en mer individuell bedömning och behandling. Författarna finner att äldre mäns upplevelse av depression bör dra fördel av att belysas ytterligare då de studier som författarna funnit huvudsakligen beskriver kvinnors upplevelse av depression. Självmordstalen bland män är även väsentligt högre än för kvinnor något som stödjer författarnas motivering till förslag till fortsatt forskning då samhällsnyttan bör vara betydande.

11. Slutsats

Äldres upplevelse av depression beskrevs i litteraturöversiktens resultat som en kombination av fysisk, psykisk och emotionell belastning. Ensamhet beskrevs som en tung börda vilken bara den drabbade kunde uppleva och förstå. Ensamhetskänslan ökade och blev mer påtaglig i samband med förluster av anhöriga och förändringar i den drabbades sociala nätverk.

Gemenskap och familjeband beskrevs som en viktig del av deras liv. Genom att ha tillgång till personer i sin närhet till vilka den drabbade hade förtroende för kunde känslan av ensamhet reduceras. Att växa upp i ett samhälle där fördomar styrde bilden av depression tvingade äldre att gömma sin depression och känna skam över sin sjukdom. Detta resulterade i att de isolerade sig.

Att sjuksköterskor får en bättre förståelse av äldres upplevelse av depression är en viktig del för att kunna stödja och möta det individuella behovet hos varje patient. Om sjuksköterskan vid första vårdkontakten med den äldre har en ökad kunskap om äldres upplevelse av depression så kan det leda till ett stabilt, tryggt och professionellt bemötande. Denna kunskap och bemötande kan leda till att äldre patienters upplevelse av lidande minskas

och det kan resultera i en snabbare återhämtning.

12. Referensförteckning

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Adams, K. B., Sanders, S., & Auth, E. A. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging & Mental health*, 8 (6), 475-485. DOI: 10.1080 /13607860410001725054.
- Acharya, M., & Northcott, H. (2007). Mental distress and coping strategies of elderly Indian immigrant women. *Transcultural Psychiatry*, 44 (4), 614-636. DOI: 10.1177/1363461507083901
- *Allan, J., & Dixon, A. (2009). Older women's experiences of depression: a hermeneutic phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(10), 865-873. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01465. x.
- *Black, H. K., Gitlin, L., & Burke, J. (2011). Context and culture: African-American elders' experiences of depression. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(7), 643-657. doi: 10.1080/13674676.2010.505233.
- *Black, H.K., White, T., & Haanum, S. (2007). The lived experience of depression in elderly African American women. *The Journals OF Gerontology, Series B*, (6), 392.
- *Bjørkløf, G. H., Kirkevold, M., Engedal K., Selbæk G., & Helvik A.S. (2015). Being stuck in avice: The process of coping with severe depression in late life. *International Journal of qualitative studies on health and well-being*, 10 (0), 1-11. doi: 10.3402/qhw. v10.27197.
- Bullington, J. (2007). *Psykosomatik: om kropp, själ och meningsskapande*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1). 140–151. doi: 0,1037/0882-7974,21.1.140.
- *Conner, K. O., Copeland, V. C., Grote, N. K., Rosen, D., Albert, S., McMurray, M. L., Reynolds, C. F., Brown, C., & Koeske, G. (2010). Barriers to treatment and culturally endorsed coping strategies among depressed African- American older adults. *Aging & Mental health*.14 (8), 971-983. DOI:10. 1080/13607863.2010.501061
- *Corcoran, J., Brown, E., Davis, M., Kadolph, J., & Bell, H. (2013). Depression in older Adults: A meta Synthesis.*Journal of Gerontological Social Work*, 56 (6). 509–534. doi: 10.1080/01634372.2013.811144.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *HÄLSA & VÅRDANDE: I TEORI OCH PRAXIS*. Stockholm: Natur & Kultur.

- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B.O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. (1 Uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Davison, T. E., McCabe, M. P., Mellor, D., Karantzas, G., & George, K. (2009). Knowledge of late-life depression: An empirical investigation of aged care staff. *Aging And Mental Health*, 13 (4). 577-586. DOI: 10.1080/13607860902774428.
- Djukanovic, I., Sorjonen, K., & Peterson, U. (2014). Association between depressive symptoms and age, sex, loneliness and treatment among older people i Sweden. *Aging & Mental Health*, 19 (6) 560–568. doi: 10.1080 /13607863.1014.962001.
- Drageset, J., Espehaug, B., & Kirkevold, M. (2012). The impact of depression and sense of coherence on emotional and social loneliness among nursing home residents without cognitive impairment – a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 962-974. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.203932.x
- Eriksson, K. (2014). *Vård processen*. (5. Uppl.). Stockholm; Liber.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. F, Friberg. (red.). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (s. 141–151)*. Lund: studentlitteratur
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4 uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.
- Forsman, K. A. (2014). Främjande av psykisk hälsa och förebyggande av psykiska ohälsa. I S. Rolfner Suvanto (Red.), *Äldres psykiska hälsa och ohälsa: Prevention, förhållningssätt och arbetsmetoder (s. 17–35)*. Stockholm: Gothia.
- Formholt, P. (2010). Geropsykologi. I N.C. Gulmann (Red). *Gerontopsykiatri (s. 21–32)* . Lund: studentlitteratur.
- Folkhälsomyndigheten (2016). *Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2016*. [www]. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/cc89748e004743c39ff4c03fec24c570/folkhalsan-i-sverige-2016-16005.pdf>
- Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M. H., Beekman, A. T. F., Kluiters, H., & Ribbe, M. W. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: The AGED study. *Journal Of Affective Disorders*, 83(2-3). 135-42. doi: 10.1016/j.jad.2004.06.001
- Haralambous, B., Dow, B., Goh, A., Pachana, N.-A., Bryant, C., LoGiudice, D., & Lin, X. (2016). 'Depression is not an illness. It's up to you to make yourself happy': Perceptions of Chinese health professionals and community workers about older Chinese immigrant's experiences of depression and anxiety. *Australasian Journal on Ageing*, 35(4), 249–254. DOI: 10,1111/ajag. 12303

- Henricson, M., & Billhult, A. (2014). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från Idé till examination inom omvårdnad* (s. 129–137). Lund: studentlitteratur
- *Holm, A-L., Lyberg, Lassenius, A., & Severinsson, E. (2013). Older Persons' Lived Experiences of Depression and Self-Management. *Mental Health Nursing*, 34(10). 757-764. doi: 10.3109/01612840.2013.809829.
- Holm, A.L., & Severinsson, E. (2014). Surviving depressive ill-health: qualitative systematic review of older persons narratives, *Nursing and Health Sciences*. 16(1), 131-140. Doi: <http://eshproxy.esh.se:2112/10.1111/nhs.12071>
- Karbe, L., & Kaunonen, M. (2015). Patient Experiences of Loneliness: An Evolutionary Concept Analysis. *Advances in Nursing Science*, 38 (4), 21-34. DOI: 10.1097/ANS.000000000000096
- Karlsson, I. (2013). Depressiv sjukdom vid åldrandet. I K. Sparring Björkstén (Red.), *Äldrepsykiatri: Kliniska riktlinjer för utredning och behandling* (s. 35–54). Stockholm: Gothia.
- Kitchen Andren, K.A., Mckibbin, C.L., Wykes, T.I., Lee, A.A., Carrico, C.P., & Bourassa, K.A. (2013). Depression Treatment Among Rural Older adults: Preferences and Factors Influencing Future Service Use. *Clinical Gerontologist*. 36(3), 241-259. doi: 10.1080/07317115.2013.767872
- Kvaal, K., (2010). Ångest och depression. I M. Kikevold, K., Brodtkrb & Hysten Ranholff, A. (red). *Geriatrisk omvårdnad: god omsorg och vård till äldre* (s. 377–388). Stockholm: Liber
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från Idé till examination inom omvårdnad* (s. 58–76). Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, M. & Rundgren, Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar*. (3Uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Lilja, L., & Hellzen, O. (2015). Vårdares attityder och stigmatisering. I I. Skärsäter. (Red.), *OMVÅRDNAD VID PSYKISK OHÄLSA- PÅ GRUNDLÄGGANDE NIVÅ*. (s. 441-454). Lund: Studentlitteratur.
- *Ludvigsson, M., Milberg, A., Marcusson, J., & Wressle, E. (2014). Normal Aging or Depression? A Qualitative Study on the Differences Between Subsyndromal Depression and Depression in Very Old People. *The Gerontologist*, 55 (5). 760-769. doi: 10.1093/geront/gnt162.
- Monserud M., & Markides K. (2014) Changes in depressive symptoms during widowhood among older Mexican Americans: The role of financial strain, social support, and church attendance. *Aging & Mental Health*. 21(6) 586-594 doi: 10.1080/13607863.2015.1132676.
- Murphy, F. (2006). Loneliness: a challenge for nurses caring for older people. *Nursing Older People*, 18 (5).

- Ottosson, H., & Ottosson, J-O. (2007). *Psykiatriboken*. Stockholm: Liber.
- Overend, K., Bosanquet, K., Bailey, D., Foster, D., Gascoyne, S., Lewis, H., Nutbrown, S., Woodhouse, R., Gilbody, S., & Chew-Graham, C. (2015). Revealing hidden depression in older people: a qualitative study within a randomized controlled trial. *BMC family practice*, (16), 1-8. doi: 10.1186/s12875-015-0362-2
- Wendt, D., & Shafer, K. (2015). Gender and Attitudes about mental health help seeking: Results from national data. *Health & social work*, 41(1) 20-28. doi: 10.1092/hsw/hlv089
- Peterson, U., & Åsberg, M. (2014). Depression hos äldre: Går det att förebygga. I S. Rolfner Suvanto (Red.), *Äldres psykiska hälsa och ohälsa: Prevention, förhållningssätt och arbetsmetoder* (s. 212–223). Stockholm: Gothia.
- Pettigrew, S., & Roberts, M. (2008). Addressing loneliness in later life. *Aging & Mental health*. 12 (3), 302-309. DOI: 10.1080/13607860802121084
- Rolfner Suvanto, S. (2012). *Mellan äldreomsorg och psykiatri: om vård och bemötande av äldre med psykisk ohälsa*. (1. uppl.) Stockholm: Gothia.
- Socialstyrelsen. (2013). Ökat Stöd till Äldre med psykiska ohälsa- slutrapport 2013 (Socialstyrelsen, Artikel nr 2013- 6- 3). Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19080/2013-6-3.pdf>
- Socialstyrelsen. (2016). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom- Stöd för Styrning och ledning- Remissversion 2016 (Socialstyrelsen, Artikel nr 2016-12- 6). Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20405/2016-12-6.pdf>
- Socialstyrelsen. (2017). Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård: Lägesrapport 2017. (Socialstyrelsen, Artikel nr 2017-3-1). Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20470/2017-3-1.pdf>
- Schröder, A., Ahlström, G., & Larsson, B.W. (2006). Patients perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*. 15(1), 93. doi: 10.1111/j. 1365-2702.2005.01241.x
- Suter, P., Suter, W., & Johnston, D. (2008). Depression revealed: the need for screening, treatment, and monitoring, *Home Healthcare Nurse*, 26(9), 543-550
- Skärsäter, I. (2014). Psykisk ohälsa. I A.- K. Edberg, & H. Wijk, (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 611–642). Lund: studentlitteratur.
- Von Faber, M., van der Geest, G., van der Weele, G. M., Blom, J. W., van der Mast, R. C., Reis, R., & Gussekloo, J. (2016). Older people coping with low mood: a qualitative study. *International Psychogeriatrics*. 28 (4), 603-612

- Wiklund Gustin, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.
- World Health Organisation. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva: WHO. Från <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua>
- *Ward, E.C., Mengesha, M., & Issa, F. (2013). Older Africans women lived experiences with depression and coping behaviors., *21(1)46-59. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. doi: 10.1111/jpm.12046.
- Wærn, M. (2013). Suicidnära äldre. I K. Sparring Björkstén (Red.), *Äldrepsykiatri: Kliniska riktlinjer för utredning och behandling* (s. 59- 68). Stockholm: Gothia.
- Y-Garcia, E.F., Duberstein, P., Paterniti, D.A., Cipri, C.S, Kravitz R.L., & Epstein, R.M. (2012). Feeling labeled, judged, lectured, and rejected by family and friends over depression: Cautionary results for primary care clinicians from a multi-centered, qualitative study. *BMC Family Practice*. *13(1)*, 64-72. DOI: <http://eshproxy.esh.se:2112/10.1186/1471-2296-13-64>
- *Zeng, W., North, N., & Kent, B. (2012). A framework to understand depression among older persons. *Journal of Clinical Nursing*, *21*, 2399-2409. doi: 10.1111/j.365-2702.2011.04049.

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
CINAHL complete	Understanding AND Depression AND older adults or elderly or seniors or geriatrics	298	2007- 2017 Peer reviewed English	10	3	1 Zeng, W., North, N., Kent, B.
CINAHL complete 2017-09-15	Depression AND Lived Experiences AND Elderly	6	2007- 2017 Peer reviewed English	3	2	2 Black, H.K., White, T. & Hannum, M. Holm, A-L., Lyberg, A., Lassenius & Severinsson, E.
PubMed 2017-09- 04	Depression AND Lived experiences AND Older AND Coping	11	2007-2017 Peer reviewed English	3	2	2 Bjørkløf, G.H., Krikevold, M., Engedal, K., Selback, G.& Helvik, A.S. Ward, E.C., Mengesha, M. & Issa, F.
CINAHL complete	Experiences of AND	137	2010-2017 Peer reviewed			1 Ludvigsson, M.,

	Depression And Older people		English			Milberg, A., Marcusson, J.& Wressle, E.
CINAHL complete	Experiences of AND Depression And Older	190	2012- 2017 Peer reviewed English	40	6	1 Corcoran, J., Brown, E., Davis, M., Kadolph, J.& Bell, H.
CINAHL complete 2017-09-19	Experiences of AND Depression And Older women	96	Peer reviewed Full text 2010- 2017 English	10	5	1 Allan, J.& Dixon, A.
CINAHL complete 2017-10-15	Experience of depression AND Stigma	201	Peer reviewed 2008- 2017 English	18	5	2 Conner, K. O., Copeland, V. C., Grote, N. K., Rosen, D., Albert, S., Mcmurray, M. L., Reynolds, C. F., Brown, C., & Koeske, G. Black, H. K., Gitlin, L., Burke, J.

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Allan, J.& Dixon, A.	Older women's experiences of depression: a hermeneutic phenomenological study	2009 New Zealand, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Att undersöka hur äldre kvinnor förstår sin depression och vad det innebär för deras upplevelse.	Design: Hermeneutik fenomenologi Urval: 4 kvinnliga personer i åldrarna 69–82 år, från öppenvården valdes ut att delta i studien om hur det är att leva med depression. Datainsamling: Personerna fick brev till sina hemadresser. Studien var uppbyggd av intervjuer där öppna frågor ställdes. Intervjuerna spelades in och därefter transkriberades ordagrant. Analys: Innehållsanalys enligt Manen s och Heideger's filosofiska begrepp.	Resultatet visade två kategorier med fyra underteman i vardera kategorier. personer hade en upplevelse av självförakt, otillräcklighet och skam. Rädsla för att deras situation inte skulle förbättras. Kvinnor isolerades sig från andra människor och drog sig tillbaka.
Black, H. K., Gitlin, L., Burke, J.	Context and Culture: African-American elders' experiences of depression	2015 USA, Mental Health, Religion & Culture	Syftet med studien att undersöka upplevelsen av depression som ett kulturellt och religiöst fenomen för äldre afroamerikanska personer.	Design: Mixad metod Urval: 60 afroamerikanska män och kvinnor rekryterades. 30 av varje kön, över 60 år. Datasamling: intervjuerna innehåll öppna frågor och varade i cirka två timmar, data samlades i över 6 månader period. Intervjuerna transkriberades och granskas. Alla material analyserades och kodades. Analys: kvalitativ innehålls analys	Resultatet presenterades 3 olika teman 1. Depression och identitet 2. Uttryck för depression 3. Sätt att ta sig ur depression.

Black, H.K., White, T. & Hannum, M.	The Lived Experience of Depression in Elderly African American Women	2007 USA, The Journals Of Gerontology, Series B	Syftet är att undersöka afroamerikanska kvinnors upplevelse av depression	<p>Design: Etnografi Urval: Från ett gemensamt boende för äldre valdes 20 kvinnor ut till studien. Kvinnorna var 80 år eller äldre och valdes ut utifrån kön, etnicitet och upplevd hälsa. Datasamling: Studien initierades med öppna och slutna frågor till personerna. Frågorna handlade om deras livshistoria och upplevelsen av depression och andliga tro. Intervjuerna genomfördes i personernas hem och tog cirka sex timmar för varje person att genomföra. Samtalen spelades in och kodade och transkriberades ordagrant. Analys: kvalitativ innehålls analys</p>	<p>Tre teman framkom: 1-Minskad personlig styrka. Personerna beskrev hur depression blev en del av deras tidigare historia och även hur den var en del i deras nuvarande sammanhang, sjukdomen tog således en stor plats i deras liv. De kände hur deras förmågor blev svagare på grund av depression. 2-Depression är kopplad till sorg och lidande. Kvinnorna som svarade i studien menade att beroende på hur deras liv sett ut kunde depression uppkomma. En anledning till att de drabbades av sjukdomen kunde vara djup fattigdom. 3-Depression förhindras och löses av personligt ansvar. Studien visade att om kvinnor hade en tro på sig själva kunde depression förhindras och botas.</p>
Bjørkløf, G.H.,	Being stuck in a vice: The process of	2015 Norge, International	Syftet med studien var att få en djupare förståelse för hur	<p>Design: Fenomenologi Hermeneutik</p>	Studien visade på tre teman och underteman:

Krikevold, M., Engedal, K., Selback, G. & Helvik, A.S.	coping with severe depression in late life	Journal of qualitative studies on health and well-being	män och kvinnor upplever djup depression och hur de hanterar den	<p>Urval: 18 patienter deltog i studien och deras ålder va mellan 64–89 år, båda män och kvinnor. Samtliga var inlagda på psykiatrisk klinik.</p> <p>Datasamling: Intervjuerna anpassades till personernas önskemål. Frågor som ställdes var båda öppna och sluta frågor.</p> <p>Analys: Grundad teori</p>	<p>1-Hemskt lidande: personerna beskrev hur de upplevde lidande och att de inte hade kontroll</p> <p>2-Känslan av att vara fast: personerna beskrev att deras depression hade bedragit till känslor som maktlöshet</p> <p>3-Varför hände detta? Det framkom reflektioner om varför just de hamnat i en sån smärtsam situation</p>
Conner, K. O., Copeland, V. C., Grote, N. K., Rosen, D., Albert, S., McMurray, M. L., Reynolds, C. F., Brown, C., & Koeske, G.	Barriers to treatment and culturally endorsed coping strategies among depressed African- American older adults	2010 USA, Aging & Mental health	Syftet med studien är att undersöka afroamerikanska äldre personers upplevelse av depression och undersöka hinder som dessa stöter på när de ska söka vård för deras depression	<p>Design: Kvalitativ design</p> <p>Urval: 31 kvinnor och 6 män deltog deras ålder var mellan 60–81 år</p> <p>Datasamling: Intervjuerna var semi strukturerade och varade under 30–90 min. Samtalen spelades in och kodade och transkriberades</p> <p>Analys: kvalitativ innehålls analys</p>	<p>Studien visade på tre teman</p> <p>1-synen på depression bland äldre afroamerikanska personer.</p> <p>2-De olika hinder för att personer med depression söka professionell hjälp</p> <p>3-Hur den kulturella synen kunde påverka den drabbades förståelse om sin depression och hindra personer till att söka vård.</p>
Corcoran,	Depression in older	2013 USA,	Syftet med studien är att	Design: Kvalitativ meta	Personerna beskrev känslor som

<p>J., Brown, E., Davis, M., Kadolph, J. & Bell, H.</p>	<p>Adults: A meta Synthesis</p>	<p>Journal of Gerontological Social Work</p>	<p>genomföra en metaanalys av äldres depression för att förstå deras erfarenhet och upplevelse</p>	<p>analys Urval: Forskarna identifierade 76 studier varav de valde 13 stycken. Studien omfattade 356 personer Datasamling: En sammanställning gjordes demografisk information av personerna samt hur studien genomfördes varje enskilt studie blev kodad två gånger för att säkerställa entydigt resultat. Analys: Sekundär analys av en tidigare studie</p>	<p>uppkom med deras depression som, skuldkänslor, brist på självkänslor och hopplöshet. Personerna beskrev också en känsla av att vara oförmögen att tillfriskna från depression. Upplevelsen av sorg och förlust av en familjemedlem bedrog till uppkomsten av depression</p>
---	---------------------------------	--	--	--	---

Ludvigsson, M., Milberg, A., Marcusson, J. & Wressle, E.	Normal Aging or Depression? A Qualitative Study on the Differences Between Subsyndromal Depression and Depression in Very Old People	2014 USA, The Gerontologist	Syftet med studie var att göra jämförelse av erfarenheter av att vara hos mycket gamla människor med subsyndromal depression (SSD), i relation till erfarenheterna från mycket gamla människor med syndromdepression eller utan depression	<p>Design: kvalitativ innehållsanalys</p> <p>Urval: Personerna valdes från en tidigare studie, Det var 27 personer som deltog i studien i åldern 87–88 år, intervjuerna skedde i personernas hem.</p> <p>Datasamling: Semistrukturerade kvalitativa intervjuer mellan 25–60 minuter, intervjuerna hade öppna och slutna frågor intervjuerna det spelades intervjun spelades in och transkriberades ordagrant</p> <p>Analys: Innehållsanalys enligt Greneheim och Lundman som är en kvalitativ innehålls analys</p>	<p>Resultatet presenterades i fyra olika teman</p> <p>1- Ned gångar i livet och i den psykiska hälsan: Personerna berättar om svårigheter i livet och den psykiska ohälsan</p> <p>2- Självständighet: Personerna beskriver vad självständighet är för de samt att trots svårigheter så försöker de att vara självständiga</p> <p>3- Hinna med allt: Personerna beskriver hur deras åldrande kropp och deras depression</p> <p>4- Ta en dag i taget Personerna: personerna beskriver hur deras dags rytm funkar med depressionen och åldern</p>
--	--	-----------------------------	--	--	--

<p>Holm, A-L., Lyberg, A., Lassenius & Severinsson, E.</p>	<p>Older Persons' Lived Experiences of Depression and Self-Management</p>	<p>2013 USA, Mental Health Nursing</p>	<p>Syftet är att undersöka och öka förståelse om äldres upplevelse och egenvård</p>	<p>Design: Filosofisk hermeneutisk Urval: 29 personer över 60 år som var diagnostiserade med depression, personerna rykterades av mentala sjuksköterskor Datasamling: Semi strukturerade intervjuer under ca. 2 timmar. Intervjun formades i dialog mellan personerna och författarna, intervjun spelades in och transkriberades ordagrant. Analys: Innehållsanalys enligt Gadamer (hermeneutisk analys)</p>	<p>Resultatet redovisades i teman ur den hermeneutiska tolkningen: Huvudteman: relationer och samhörighet, personerna uttryckte vikten av relationer för deras mentala hälsa Undertema 1-Känslan av att bära en ryggsäck: personerna beskrev att de bär på en börda, och kände ständig oro. 2-Gå på äggskal: personerna beskrev att de måste alltid vara försiktiga i sina beslut samt att de saknade stöd av anhöriga 3. Hålla i tyglarna: personerna beskrev längtan efter självbestämmande 4. Avståndstagande – förlust av samhörighet: personerna berättade att de drog sig undan andra människor på grund av deras depression.</p>
--	---	--	---	--	---

<p>Ward, E.C., Mengesha, M. & Issa, F.</p>	<p>Older Africans women lived experiences with depression and coping behaviors.</p>	<p>2013 USA, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.</p>	<p>Syfte: Att undersöka äldre afroamerikanska kvinnors upplevelse av att leva och hantera depression.</p>	<p>Design : Psykologisk fenomenologi och transcendent fenomenologi Urval: Målet var att rekrytera 13–15 personer. Kriterierna var att de skulle vara afroamerikanska kvinnor från 60 år och uppåt och ha en diagnostiserad depression. Datinsamling: semi strukturerade intervjuer. Intervjun gjordes med hjälp av öppna frågor. Intervjun spelades in och transkriberades ord för ord. Analys: Kvalitativ analys</p>	<p>Personerna beskrev hur förändrade och svåra livssituationer som inte bearbetades under barndomen, såsom förlust av en förälder, skapade otrygghet under uppväxten och bidrog till uppkomsten av depression. Personerna beskrev hur depressionen hindrade de från att ha en fungerande vardagsrutin och att de inte var motiverade till att börja och slutföra enkla uppgifter. Andra symtom som de beskrev var att de kände sig ensamma, de grät och hade svårt att koncentrera sig.</p>
--	---	--	---	--	---

Zeng, W., North, N., Kent, B.	A framework to understand depression among older persons	2012 China, Journal of Clinical Nursing	Syftet: att undersöka depression inom äldre personer	<p>Design: mixad design</p> <p>Urval: 53 personer erbjödes att delta i studien och 31 personer tackade ja som över 65 år och ha en diagnostiserad depression</p> <p>Datasamling: kvalitativa intervjuer och öppna och sluta frågor ställdes i personerna hem i max 30 min</p> <p>Analys: Kvalitativ analys</p>	<p>Resultatet delades i olika kategorier:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Det Negativa tänkandet: Personerna beskrev hur de ser på depression i förhållandet till sig själva -Den psykiska begränsningen: personerna beskrev hur deras depression begränsade deras liv -Den Tidigare erfarenhet: personerna beskrev hur deras erfarenhet är knytan till deras nuvarande situation
-------------------------------------	---	--	--	--	--