

Examensarbete, Högskolan på Åland, Utbildningsprogrammet för Vård

NEDSTÄMDHET BLAND ÄLDRE

- en kvantitativ studie på Åland

Björn Hartvik, Pia Qvarfordt



44:2017

Datum för godkännande: 13.12.2017
Handledare: Erika Boman, Jenny Österbacka

EXAMENSARBETE

Högskolan på Åland

Utbildningsprogram:	Vård
Författare:	Björn Hartvik, Pia Qvarfordt
Arbetets namn:	Nedstämdhet bland äldre - en kvantitativ studie på Åland
Handledare:	Erika Boman, Jenny Österbacka
Uppdragsgivare:	

Abstrakt

Syftet var att belysa faktorer som har samband med nedstämdhet hos äldre på Åland.

Bakgrunden belyser de fysiska, psykiska och sociala förändringar åldrandet kan medföra. För sjukskötaren är det viktigt att ha kunskap om faktorer som har ett samband med nedstämdhet för den äldre, för att kunna uppfatta avvikelser och stödja en god psykisk hälsa.

Design och metod. Studien är en deskriptiv tvärsnittsstudie som är en del av forskningsprojektet Hälsa och livskvalité bland äldre män och kvinnor på Åland 2015. Deltagarna var mellan 65 och 97 år gamla (total, n = 3488).

Resultatet visar att kvinnligt kön, möjlighet till givande fritidssysselsättning och försämrad allmän känsla av hälsa har ett samband med nedstämdhet.

Sammanfattningsvis finns det flera faktorer som har samband med nedstämdhet hos äldre på Åland. Sjukskötarens uppgift är att förstå och identifiera faktorer relaterade till nedstämdhet för att kunna stötta de äldre till en bättre psykisk hälsa.

Nyckelord (sökord)

äldre, nedstämdhet, depression, GDS-15

Högskolans serienummer:	ISSN:	Språk:	Sidantal:
44:2017	1458-1531	Svenska	35 sidor

Inlämningsdatum:	Presentationsdatum:	Datum för godkännande:
11.12.2017	01.12.2017	13.12.2017

DEGREE THESIS

Åland University of Applied Sciences

Study program:	Health and Caring science
Author:	Björn Hartvik, Pia Qvarfordt
Title:	Depression among the Elderly - a Quantitative Study in Åland
Academic Supervisor:	Erika Boman, Jenny Österbacka
Technical Supervisor:	

Abstract

The purpose of this study was to highlight factors that are associated with depression amongst older people in Åland.

The background illustrates the physical, mental and social changes that aging can cause. For the nurse, it is important to have knowledge of factors that are associated with changes for the elderly in order to perceive abnormalities and support good mental health.

Design and method. The study is a descriptive cross-sectional study that is part of the Health and Life Quality research project among older men and women in Åland 2015. The participants were between 65 and 97 years old (total, n = 3488).

The results show that female sex, the opportunity for rewarding leisure time and the deterioration of the overall sense of health are related to depression.

In summary, there are several factors that relate to depression amongst elderly people in Åland. The task of the nurse is to understand and identify factors related to depression in order to support the elderly for a better mental health.

Keywords

elderly, depressed mood, depression, GDS-15

Serial number:	ISSN:	Language:	Number of pages:
44:2017	1458-1531	Swedish	35 pages

Handed in:	Date of presentation:	Approved on:
11.12.2017	01.12.2017	13.12.2017

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	4
1.1 Bakgrund	4
1.1.1 Teoretisk referensram	8
1.2 Problemformulering	9
1.3 Syfte	9
2.1 Datainsamling och urval	10
2.2 Enkäten och variablerna	10
2.3 Analysmetod	12
2.4 Etiska aspekter	12
3. RESULTAT	14
4. DISKUSSION	20
4.1 Resultatdiskussion	20
4.1.1 Psykosociala faktorer	20
4.1.2 Somatiska faktorer	21
4.1.3 Sociala faktorer	22
4.1.4 Sjukskötarens roll	23
4.2 Metoddiskussion	25
4.3 Slutsatser	26
KÄLLOR	28
BILAGOR	35

1. INLEDNING

Andelen äldre i samhället förutspås öka i framtiden. År 2016 ökade åldersgruppen 65+ år mest på Åland. Därmed bestod Ålands befolkning av 21,1 % av personer som var över 65 år och denna siffra beräknas stiga till 27,3 % år 2040 (Befolkning - prognoser.2017). Detta arbete kommer att belysa faktorer som kan ha ett samband med nedstämdhet hos äldre på Åland. Andelen äldre med depression bedöms vara så omfattande att det kan anses som ett folkhälsoproblem och är den vanligaste orsaken till psykisk ohälsa bland äldre personer (Socialstyrelsen, 2016; von Knorring et al., 2013).

1.1 Bakgrund

Åldrandet i sig är en naturlig process. Människan är på många sätt klokare som äldre eftersom livserfarenheten tillåter människan att utvärdera saker noggrannare samt använda sig av tidigare kunskap. Åldrandet försämrar inte förmågan att förstå och behärska komplexa sakförhållanden utan färdigheten kan ytterligare utvecklas i hög ålder. Äldre kan hitta nya intresseområden i livet eller uppta gamla hobbyer då tiden inte längre behöver fördelas med arbetslivet. Många äldre är livliga samhällsdebattörer och samhällspåverkare där livserfarenheten bidrar till åsikter och kunskap på ett vidsträckt plan. Även andra nya roller som att vara till exempel mor- och farförälder, hjälparbetare eller aktiv inom annan social verksamhet kan berika en äldres vardag (Kivelä, 2011).

Åldrandet kan innebära individuella kroppsliga, kognitiva och sociala förändringar, som kan upplevas som försämringar. Olika typer av funktionsförsämringar har visat ett samband med sämre psykisk hälsa, varför nedstämdhet och depression inte är ovanligt i åldrandet.

Nedstämdhet och depressionstillstånd förekommer i Finland hos 13,5 % av personer över 65 år (Kivelä, 2011). Liknande siffror har uppmätts i studier i Nederländerna och i Sverige (Samuelsson, McCamish-Svensson, Hagberg, Sundström, & Dehlin, 2005; Sonnenberg, Beekman, Deeg, & Tilburg, 2000). Depression och nedstämdhet är begrepp som används i vardagligt språk i fråga om psykiskt mående. Det kan vara svårt att särskilja nedstämdhet från depression. Livets händelser och påfrestningar kan ge reaktionen nedstämdhet (Kjellström, 2008). Nedstämdheten kan yttra sig på olika sätt, nedstämdhet är en sinnesstämning och kan

innebära att en person somnar och vaknar ledsen samt tappar intresset för sådant som tidigare varit viktigt för personen (Jansson & Almqvist, 2011). I fall nedstämdheten präglar vårt dagliga liv kan det finnas orsak att misstänka annat än ett dystert sinnelag. Om inte nedstämdheten går att avleda, är det skäl att misstänka att nedstämdheten beror på depression (Skärsäter, 2014). Gränsen mellan naturlig nedstämdhet och depression är individuell (Andersson, Bergström, Holländare, Lenndin, & Vernmark, 2007). Depression kännetecknas av två huvudkriterier med nedstämdhet eller dyster sinnesstämning, samt minskat emotionellt engagemang (Skärsäter, 2014). Depression är ett medicinskt tillstånd som påverkar en persons tankar, känsloliv, beteende och den allmänna psykiska hälsan (Edberg & Wijk, 2009). För att uppnå kriterierna för depression behöver upplevelsen av nedstämdhet och minskad glädje/intresse vara uppfylld i minst ett par veckor. Ytterligare åtminstone tre symtom av vikt upp- eller nedgång, sömnstörningar, svaghetskänsla, känsla av värdelöshet, tankar på döden, minskad koncentrationsförmåga eller agitation behöver noteras för diagnos (Dehlin & Rundgren, 2007). Kroppens degenerering i form av syn- och/eller hörselproblem, urininkontinens, yrsel, tandproblem och smärta kan vara tärande för en person och medföra en sämre psykisk hälsa (Kirkevold, Brodtkorb, Høyen Ranhoff, Bolinder-Palmér, & Olsson, 2010). Risken för att utveckla depression ökar med åldern och är vanligare hos personer med kroniska sjukdomar, som följd av akuta sjukdomstillstånd eller försämrad fysisk hälsa (Dehlin & Rundgren, 2007; Kivelä, 2011; Larsson & Rundgren, 2010). Vid vårdkontakt är det vanligt att den äldre inte berättar om sina psykiska symtom utan istället om kroppsliga krämpor såsom smärta, synproblem, sömnproblem eller andra somatiska symtom. I fall behandlingen då inriktas på de somatiska symtomen finns det risk för att den bakomliggande depressionen förblir obehandlad (Jansson & Almqvist, 2011). Enligt statistik blir endast hälften av äldre personer med depression diagnostiserade (Andersson, Bergström, Holländare, Lenndin, & Vernmark, 2007; Edberg & Wijk, 2009; Larsson & Rundgren, 2010; Skärsäter, 2014).

Flertalet studier visar att kvinnor rapporterar om mer benägenhet att drabbas av depression än män (Goud & Nikhade, 2015; Grayson, Lubin, & Van Whitlock, 1995; Kivelä, 2011; Leal, Apostolo, Mendes, & Marques, 2015; Samuelsson et al., 2005; Sonnenberg et al., 2000). Kvinnor tenderar även att uppsöka läkare mer ofta än män, varför kanske kvinnors depression blir mer diagnostiserad (Samuelsson et al., 2005).

En studie visar dock att ingen typisk "kvinnlig depression" gick att påvisa, men att kvinnor hade mer psykosociala riskfaktorer, och därför drabbas mer av depression än män (Sonnenberg, Beekman, Deeg, & Tilburg, 2000). Kvinnor tenderar att leva längre än män vilket kan innebära ett ändrat civilstånd (Stockholms läns äldrecentrum, 2001). Ett nytt liv som änka, änkling eller ensamboende kan bli följd av det ändrade civilståndet. Studier visar på mer depressiva symptom hos dem som var änka/änkling eller frånskild, än hos dem som var sammanboende och hos dem som inte varit gifta (Goud & Nikhade, 2015). En annan studie visade relationen civilståndet och psykisk hälsa, där en ökad psykisk hälsa hade ett samband med att befinna sig i ett förhållande (Svensson, 2013). Resultatet kan bero på att lyckliga och välmående personer i större utsträckning kan tänkas inleda relationer. Å andra sidan kan det förefalla sig så att de som lever ensamma gör det på grund av dåligt mående. Det kan tänkas att människor som lever ensamma teoretiskt sett har samma möjlighet till god hälsa, så länge de har stöd eller närhet i form av någon social relation (Edvardsson & Jacobsson, 2012; Larsson & Rundgren, 2010; Svensson, 2013).

Det är vanligt att äldre människor som bor i sina egna hem är deprimerade, men det är vanligare att depression förekommer hos äldre människor som bor på långvårds institutioner eller i servicehus. En flytt eller annan förändring ökar risken för depression (Kivelä, 2011). Studier har visat att 8 % av de äldre som bor på servicehus lider av djup depression (Daisy, Elsa, & Nora, 2011). Även andra studier har visat en högre prevalens av depression hos personer som bor på servicehus jämfört med i eget boende (Goud & Nikhade, 2015; Grayson, Lubin, & Van Whitlock, 1995).

Längden på utbildning har visat samband med depression hos äldre. Studier visar på mer depression hos äldre med kortare utbildningstid (Leal, Apostolo, Mendes, & Marques, 2015). En studie från Sverige visade att kort utbildning ökade risken för depression (Eriksson, Ljungdahl, & Bremberg, 2008). Tidigare studier har visat att låg utbildning kan bidra till psykisk ohälsa och vidare till depression (Loughlin, A, 2004). Flera studier har visat att den själv uppskattade ekonomiska statusen har en påverkan på äldres psykiska mående. Bland de personer som var missnöjda med sin ekonomiska situation sågs mer depressiva symptom än hos dem som var nöjda med sin ekonomi (Pu, Huang, Tang, & Chou, 2011). Det finns ett starkt samband mellan ekonomisk utsatthet och påverkan på den mentala hälsan hos personer över 60

år (Marshall, 2015). De med lägre inkomst är även mer begränsade i att aktivera sig till exempel genom resor eller andra fritidssysselsättningar. Äldre som på grund av sämre ekonomi inte kan aktivera sig kan tänkas bli isolerade och ha en känsla av ensamhet. Flera studier har visat att personer som levde i ekonomisk utsatthet fick en påverkan på den mentala hälsan (Marshall, 2015; Pu, Huang, Tang, & Chou, 2011).

Deltagande i sociala aktiviteter och goda vänskapsrelationer upprätthåller den psykiska hälsan. När man uträttar något eller presterar något skapas känslor av att man är behövd och en nyttig samhällsmedlem, de som är pensionerade kan inte längre i sitt arbete känna upplevelsen av sysselsättning, prestation och att man är till nytta (Kivelä, 2011). Resultat i en annan studie visade att de som utövar fysiska aktiviteter hade lägre samband med depressiva symtom (Carla M. Teixeira, José Vasconcelos-Raposo, Helder M. Fernandes, & Robert J. Brustad, 2013). I en studie fann man samband i funktionell kapacitet och intellektuella aktiviteter.

Sammanfattningsvis kunde man konstatera att de äldre som aktiverade sig utomhus visade förändringar i den funktionella kapaciteten, intellektuella aktiviteten och sin aktiveringsnivå (Kono, Kai, Sakato, & Rubenstein, 2004). De fördelaktiga effekterna av givande fritidsaktivitet är särskilt stark bland äldre, hos dem som hade funktionsnedsättningar och även hos dem som hade relativt låg kontakt med familjen. Ökad fritidsaktivitet har visat sig kompensera för sociala och fysiska underskott senare i livet (Lu, L. 2011). Att den äldre har möjlighet till givande fritidssysselsättning som till exempel frivilligarbete, eller hobbyn där den äldre träffar andra människor, kan ge den äldre en känsla av att vara betydelsefull (Skoog, Waern, Sigström Robert, & Bucht, 2017).

Personer som upplever sig ensamma visade sig ha mer och tyngre depressionssymtom enligt studier. Deltagarna beskriver att ensamhet ses som en naturlig del av åldrandet. Ensamhet och isolering kunde uppstå från oförmåga att söka sociala kontakter, brist på ork eller försämrad hälsa. Ibland kan det handla om aktiva beslut och val till ensamhet. Personer som upplever mer gemenskap är mindre ensamma och har mindre depressionssymtom. Studierna visar ett samband mellan ensamhet, depressiva symptom och upplevd gemenskap (Adams, K. B., Sanders, S., & Auth, E. A. 2004). De som hade ett socialt nätverk hade mindre känsla av ensamhet och mindre depressionssymtom (Zebhauser et al., 2015). En rädsla att ses som en börda för anhöriga kan också göra att den äldre väljer att vara ensam. Ibland kan känslan av

ensamhet infinna sig trots att människan är omgiven av andra. Detta kan bero på att personen inte känner sig delaktig eller känner att ingen lyssnar (Grundhall & Malmquist, 2013).

Att ha en dålig känsla av den allmänna hälsan är förknippat med depression. De sociala relationerna påverkar den psykiska hälsan. Socialt stöd fungerar som en skyddsfaktor och buffert i psykosociala krissituationer. Socialt kapital har visat sig skydda mot psykisk ohälsa (Momeni, Wettergren, Tessma, Maddah, & Emami, 2011). När äldre skattar sin egna känsla av hälsan jämför de sig med personer i sin egna åldersgrupp. Tidigare forskning har visat att de över 65 år som upplever sin hälsa som dålig eller mycket dålig var 8 %. Denna siffra stiger med åldern, men inga skillnader mellan könen sågs hos dem som upplever hälsan som dålig. Studien visade att de olika sociala faktorerna bidrog, men könsskillnaderna var inte relevanta (Edvardsson & Jacobsson, 2012).

1.1.1 Teoretisk referensram

Traditionellt vill man definiera fysisk och psykisk hälsa som frånvaro av fysisk eller psykisk sjukdom. Hälsa innebär enligt Katie Eriksson att vara hel, att uppleva sig som en hel människa (Eriksson, 1976). Hälsa måste förstås och ses som en del av det mänskliga livet. Hälsan har annars ingen betydelse om inte livet har någon mening. Sammanhanget för hälsa består av människan som helhet och hennes miljö (Eriksson, 1984). Att vara frisk betyder nödvändigtvis inte samma sak som att ha det bra. En helhetssyn på hälsan, då vårdaren är medveten om de samband som föreligger mellan helhetens olika delar, ger vårdaren möjlighet att kunna påverka personens situation som helhet (Eriksson, 1997). Världshälsoorganisationen WHO:s definition av hälsa år 1947 lyder “ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning” (Friberg & Öhlén, 2009). Då vården utgår ifrån ett hälsofrämjande perspektiv, där individens egen upplevelse beaktas, innebär det stora vinster för samhället både socialt, ekonomiskt och ur ett humanistiskt perspektiv (Socialstyrelsen, 2016). Enligt WHO är den psykiska hälsan allas ansvar eftersom psykisk ohälsa påverkar både den drabbade, vårdaren och produktiviteten i samhället.

Enligt ICN:s etiska kod är de fyra grundläggande ansvarsområdena för sjukskötare att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (International council of Nurses,

2012). Det är viktigt att en sjukskötare kan identifiera depression även i fall där den äldre söker sig till vården på grund av somatiska bekymmer. All omvårdnad har en etisk dimension och sjukskötaren har ett moraliskt ansvar för bedömningar och beslut. En sjukskötare är också ansvarig för att hålla sig uppdaterad med ny forskning och nya rön (International council of Nurses, 2012). Det är viktigt att sjukskötaren är medveten om de psykosociala, somatiska och sociala riskfaktorer som kan leda till depression. Depression ger en lägre nivå av välbefinnande. När depression inte upptäcks kan det skapa ett lidande för personen. Katie Eriksson talar om vårdlidande. Detta lidande har grund i vårdpersonalens kunskap och handlingar. Vårdlidande är ett onödigt lidande och ingen person skall behöva uppleva det (Eriksson, 1997). Ifall vårdpersonalen innehar kunskap om de olika faktorer som kan ha samband med depression kan detta vårdlidande undvikas.

1.2 Problemformulering

En stigande ålder medför förändringar hos människan, både fysiskt, psykiskt och socialt. Forskning visar att en äldre människas depression kan vara svårdiagnostiserad och förväxlas med somatiska symtom, varför det är viktigt att sjukskötaren har kännedom om faktorer som kan ha samband med depression bland äldre. I sjukskötarens kompetens skall helhetssynen på hälsa ingå, likväl som det moraliska och etiska ansvaret för att efterfölja detta. En sjukskötare som har kunskap om faktorer som har samband med depression hos äldre kan bättre reflektera kring den äldres situation. Om sjukskötaren kan se depression som ett diagnostiskt alternativ till den äldres symptom kan olika hjälpmedel som till exempel GDS användas. Omvårdnad av personens hela hälsoaspekt är ett kunskapsområde alla sjukskötare bär med sig. Omvårdnaden innefattar såväl den fysiska som den psykiska hälsan. Vid vårdmöten med äldre är det viktigt att sjukskötaren har kunskapen att identifiera det psykiska måendet likväl som det fysiska för att skapa en helhetssyn på hälsan hos den äldre människan.

1.3 Syfte

Syftet är att belysa faktorer som har samband med nedstämdhet hos äldre på Åland.

2. METOD

Denna studie är en deskriptiv tvärsnittsstudie. Resultatet baseras på utvalda delar från en enkätstudie som genomfördes år 2015 vid Högskolan på Åland, *Hälsa och livskvalitet bland äldre män och kvinnor på Åland 2015 (HÄMKÅ15)*.

2.1 Datainsamling och urval

Samtliga äldre på Åland (65 år eller äldre) fick under året 2015 ett frågeformulär hemskickat med ett förfrankerat svarskuvert (HÄMKÅ15). Totalt besvarades frågeformuläret av 1811 kvinnor och 1677 män. Svarsfrekvensen var ca 60 %.

2.2 Enkäten och variablerna

För att undersöka nedstämdhet användes Geriatric Depression Scale med 15 frågor, GDS-15 (Sheikh & Yesavage, 1986). GDS-15 var således beroende variabeln i studiens tester. GDS-15 är en skala som innehåller 15 ja- eller nej-frågor där varje fråga kan ge poäng. Frågorna är poängsatta enligt systemet att 0 poäng visar inget depressivt symptom, och 1 poäng indikerar ett depressivt symptom; ett högre värde indikerar således fler symptom på depressivt tillstånd. Poängen summerades med ett potentiellt intervall från 0-15 (Yesavage et al., 1982; Yesavage & Sheikh, 1986). Innan materialet analyserades, genomfördes imputering av internt bortfall. I studien ledde 1-5 missade svar på GDS-15 till imputation. Exempel: om en person svarade på 12 av de 15 frågorna och rapporterade in tre poäng blev den totala poängen imputerad till $\frac{3}{12} \times 15 = 3,75 = 4$ poäng (Sheikh & Yesavage, 1986).

Beroende variabeln testades mot olika variabler som tidigare visat sig vara av betydelse för äldre personers nedstämdhet. Inledningsvis testades GDS mot de oberoende variablerna kön, åldersgrupp, civilstatus, boendetyper, boendeort, utbildning och ekonomi. Köns alternativen var man och kvinna. Deltagarna fyllde i sitt födelseår som omvandlades till ålder och sedan kategoriserades till fyra åldersgrupper: 65-69 år, 70-74 år, 75-79 år och 80 + år. Vid frågan om civilstatus dikotomiserades svarsalternativen "gift/registrerad" och "partner/sambo" till sammanboende och svarsalternativen "särbo", "ensamstående", "frånskild", "änka/änkling", till ensamboende. Vid frågan om deltagarnas boendetyper dikotomiserades svarsalternativen "i bostad som du själv och/eller någon annan familjemedlem som bor i denna bostad äger" och "i

hyresbostad” till bostad eller annat dylikt och “i servicehus eller äldreboende” och “annat boende, nämligen (eget svar)” till servicehus/äldreboende. Svartalternativen för boendeort var “Mariehamn”, “övriga fasta Åland” och “skärgården”. Vid frågan om utbildning dikotomiserades svartalternativen “folkskola 6 år eller mindre” och “folkskola/mellanskola max 9 år” till lägre utbildning och “folkhögskola, yrkesskola/yrkesutbildning och gymnasium” till mellan utbildning samt “examen på institutnivå, högskole-/universitetsexamen, annan (inklusive antal år)” till högre utbildning. Vid frågan gällande deltagarnas nuvarande ekonomi dikotomiserades svartalternativen tycker du att pengarna; “räcker väl och det blir lite över” till samma svar, och “räcker precis och det blir ingenting över och inte räcker till det du behöver” till pengarna räcker precis/räcker inte.

De nästkommande oberoende variablerna presenterades som frågor där deltagarna kunde välja det alternativ som bäst beskrev den egna upplevelsen av somatiska besvär. Dessa variabler var muskel/ledbesvär, urinläckage, sömnlöshet, dåligt minne, yrsel, problem med tänder och mun, problem med synen och problem med hörseln. Till dessa variabler serverades svartalternativen: Nej; Ja, men det påverkar mig inte i mitt dagliga liv eller Ja, och det påverkar mig i mitt dagliga liv. Den följande variabeln gällde om svarande haft värk eller smärta som stört det normala arbetet och den sista gällde den allmänna hälsan. Frågan om deltagarna haft värk eller smärta som stört deras arbete ställdes ursprungligen “Hur mycket har värk eller smärta under de senaste fyra veckorna stört ditt normala arbete?”. Svartalternativen var: Mycket svår; Svår; Måttlig; Lätt; Mycket lätt och Ingen. Frågan presenterades i denna studie som hur mycket värk eller smärta stört ditt normala arbete. Frågan om den allmänna hälsan löd i enkäten “I allmänhet skulle du vilja säga att din hälsa är”. Svartalternativen var: Dålig; Någorlunda; God; Mycket god och Utmärkt. I denna studie presenterades frågan som allmän känsla av hälsa.

De resterande oberoende variablerna var lidit av ensamhet, haft känsla av att vara stark och inflytelserik, haft möjlighet att utföra givande fritidssysselsättning. Frågan om ensamhet formulerades i enkäten “Händer det att du känner dig ensam/övergiven?”. Svartalternativen dikotomiserades “varje dag” och “ibland” till Ja och “sällan” eller “aldrig” till Nej. Frågan om deltagarna haft känslan av att vara stark och inflytelserik löd i enkäten “Jag känner mig stark och inflytelserik i samhället”. Svartalternativen var Instämmer inte alls, Instämmer delvis och Instämmer helt. Frågan om deltagarna haft möjlighet att utföra givande fritidssysselsättning

lydde i enkäten “Har du möjlighet att utföra givande fritidssysselsättning”. Svartalternativen var Ja och Nej. Ja följdes av nämligen (flera alternativ kan fyllas i) och Nej följdes av på grund av (flera alternativ kan fyllas i).

2.3 Analysmetod

För att besvara syftet användes beskrivande statistik. Data analyserades med SPSS version 23 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0, IBM Corp., Armonk, NY, USA). Innan vidare analyser studerades utfallet på den beroende variabel GDS. Svaren kunde konstateras vara snedfördelade. På grund av detta valdes icke parametriska test till studien. Icke parametriska test illustrerar medianvärde, vilket i denna studie är att föredra då data är spritt. Test som visar på medelvärde var inte intressanta i denna studie eftersom data var snedfördelat och ett medelvärde då kan ge missvisande tolkningar. Två typer av test användes: Mann-Whitney U-test och Kruskal-Wallis. Mann-Whitney U-test används för att testa om det finns skillnader i medianvärdet mellan två självständiga grupper med den beroende variabeln (Eliasson, 2006). Kruskal-Wallis test används när data är brett fördelat och mer än två grupper jämförs. Detta testet omvandlar ordningar och medelvärdet mellan varje grupp jämförs (Pallant, 2013). För att tolka resultatet som signifikant har ett p-värde på $<0,05$ använts, vilket visar att det med 95% sannolikhet inte är slumpen eller tillfällighet (Henricson, 2012).

2.4 Etiska aspekter

Forskningsetik är viktig för att värna alla livsformer och försvara människors grundläggande värde och rättigheter. Forskningsetiken skall skydda de medverkande, men även respektera dem som väljer att inte delta. För att garantera detta finns principer och lagstiftning fastslagna. Dessa har gemensamt att skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet vid forskning (Henricson, 2012). Denna studie följer Sjuksköterskornas internationella etikkod (ICN) där deltagarna har rätt att inte bli skadade, rätt till full information, självbestämmande om medverkan samt rätt till privatliv, anonymitet och konfidentialitet.

Helsingforsdeklarationen från år 1964 poängterar idén om att balansera behovet av ny kunskap och deltagarnas hälsa och intresse. Forskning bör granskas av oberoende personer för att granska om studien är etisk (Henricson, 2012). Detta uppnåddes genom att undersökningen var frivillig och informationsbrev följde med enkäten. Det fanns kontaktuppgifter till ansvarig

forskare för vidare frågor. Informerat samtycke är således insamlat genom att informera deltagarna om att medverkan är frivillig samt att uppgifterna kommer att behandlas konfidentiellt. Ett ifyllt och returnerat formulär har betraktats som att deltagaren godkänner deltagande i studien.

Den befintliga lokala forskningsnämnden rörande humanvetenskaplig forskning som finns vid Ålands hälso- och sjukvård har låtit meddela att deltagare i denna typ av studie inte var i beroendeställning, det vill säga inte i patientställning, och därför behövdes inget specifikt tillstånd.

3. RESULTAT

Ålder på deltagarna var mellan 65 och 97 år. Medelåldern på de svarande kvinnorna var 73,9 år och männen 73,3 år. De flest antal svarande fanns i den yngsta åldersgruppen, och antalet minskade sedan med åldern. Av deltagarna var majoriteten (84,6 %) sammanboende.

Fördelningen av boendeort var jämn mellan boende i Mariehamn (43,1 %) och boende på övriga fasta Åland (47,6 %). En lägre andel av deltagarna bodde i skärgården (9,2 %).

Majoriteten av deltagarna uppgav sig bo i en bostad eller annat dylikt (97,3 %).

Kvinnorna uppgav ett signifikant högre GDS-värde än männen ($U = 1289917,5$, $p = 0,004$).

Det fanns också en signifikant skillnad i GDS-värden mellan olika åldersgrupper ($\chi^2(3, n = 3309) = 302,4$). De yngre åldersgrupperna (65-69 och 70-74) uppgav ett signifikant lägre GDS-värde än de äldre åldersgrupperna (75-79 och 80+) ($p < 0,001$). Civilstatusen sågs påverka poängen på GDS. Resultatet visade att ensamboende uppgav signifikant högre GDS-poäng än sammanboende ($U = 400252,0$, $p < 0,001$). Boendetyper visade att personer som bodde på servicehus/äldreboende uppgav signifikant högre GDS-värde än boende i bostad eller dylikt ($U = 48410,5$, $p < 0,001$). Ingen signifikant skillnad kunde dock ses beträffande boendeort.

Resultatet visar det fanns en signifikant skillnad i GDS-värde mellan utbildningsnivå.

Deltagare med lägre utbildning uppgav högre GDS-poäng än de deltagare med mellan- eller högre utbildning ($\chi^2(2, n = 3009) = 41,7$). Vidare kunde konstateras att det fanns en signifikant skillnad beträffande ekonomiska förutsättningar. Deltagarna i gruppen där pengarna räckte precis till/inte räckte till uppgav ett högre GDS-värde än gruppen där pengarna räckte till ($U = 990176,5$, $p < 0,001$). Resultaten ses i tabell 1.

Tabell 1 *Totalpoängen på GDS testat mot psykosociala faktorer*

Variabler	n (%)	GDS md	p-värde
Kön, total	3311 (100)	1,1	<i>0,004^a</i>
-man	1592 (48,1)	1,0	
-kvinna	1719 (51,9)	1,2	
Åldersgrupper, total	3309 (100)	1,1	<i><0,001^b</i>
-65-69	1212 (36,6)	1,0	
-70-74	909 (27,5)	1,0	
-75-79	564 (17,0)	1,2	
-80+	624 (18,9)	3,0	
Civilstatus, total	2627 (100)	1,0	<i><0,001^a</i>
-sammanboende	2223 (84,6)	1,0	
-ensamboende	404 (15,4)	2,0	
Boendetyper, total	3251 (100)	1,1	<i><0,001^a</i>
-bostad eller annat dylikt	3163 (97,3)	1,0	
-servicehus/äldreboende	88 (2,7)	4,0	
Boendeort, total	3308 (100)	1,1	<i>0,679^b</i>
-Mariehamn	1427 (43,1)	1,1	
-övriga fasta Åland	1575 (47,6)	1,1	
-skärgården	305 (9,2)	1,3	
Utbildning, total	3009 (100)	1,1	<i><0,001^b</i>
-lägre utbildning (max 9 år)	893 (29,7)	2,0	
-mellan utbildning	1020 (33,9)	1,2	
-högre utbildning (institut, högskola/universitet)	1096 (36,4)	1,0	
Ekonomi, total	3265 (100)	1,1	<i><0,001^a</i>
-pengarna räcker precis/räcker inte	1276 (39,1)	2,0	
-pengarna räcker väl och det blir lite över	1989 (60,9)	1,0	

* n varierar beroende på internt bortfall

^aWhitney U-test

^bKruskall-Wallis

I tabell 2 finns tio oberoende variabler som beskrev somatiska symptom och känslan av den allmänna hälsan. Deltagarna fick svara på frågor om de haft muskelsmärta, urinläckage, sömnlöshet, dåligt minne, yrsel, tandproblem, synproblem och hörselproblem med tre svarsalternativ. Den sista frågan var hur mycket värk eller smärta stört ditt normala arbete. De symptom som efterfrågades behövde ha funnits noterbara i fyra veckor hos deltagarna.

Resultatet visar ett högre GDS-värde i fråga om muskel/ledbesvär hos dem som led av muskel/ledbesvär som påverkade deras dagliga liv jämfört med de andra grupperna ($\chi^2 (2n = 3089) = 404,8$). Beträffande deltagarna som svarade på frågan om urinläckage visade gruppen som haft urinläckage och det påverkade deras dagliga liv, ett ökat GDS-värde ($\chi^2 (2n = 2922) = 206,6$). De deltagare som haft sömnlöshet uppgav ett högre GDS-värde än de som inte hade haft sömnlöshet ($\chi^2 (2n = 2973) = 273,6$). Resultatet visar att de som haft ett dåligt minne hade ett högre GDS-värde än de som inte haft dåligt minne ($\chi^2 (2n = 2960) = 285,3$). Deltagarna som haft yrsel uppgav ett högre GDS-värde än de som inte hade haft yrsel ($\chi^2 (2n = 2910) = 277,2$). Deltagarna som haft problem med tänder/mun uppgav ett högre GDS-värde än de som inte hade haft problem med tänder/mun ($\chi^2 (2n = 2942) = 143,3$). Deltagarna som haft problem med synen uppgav högre GDS-värden än de utan problem med synen ($\chi^2 (2n = 2967) = 231,5$). Deltagarna som haft problem med hörseln uppgav ett högre GDS-värde än de som ej haft problem med hörseln ($\chi^2 (2n = 3011) = 135,6$). Resultatet visar att det fanns en signifikant skillnad i GDS-värde hos de deltagare som haft värk eller smärta under de senaste fyra veckorna som stört det normala arbete jämfört med dem som inte haft det ($\chi^2 (5, n = 3246) = 397,6$). Deltagarna som upplevde den allmänna hälsan som dålig eller någorlunda, uppgav högre GDS-värden jämfört med de andra grupperna ($\chi^2 (4, n = 3272) = 917,3$). Resultaten ses i tabell 2.

Tabell 2. Totalpoängen på GDS testat mot upplevda somatiska symptom/hälsa

VARIABLER	n (%)	GDS median	p-värde
Senaste fyra veckorna			
Haft muskel/ledbesvär, total	3089 (100)	1,0	<0,001 ^b
-nej	898 (29,1)	1,0	
-ja, men det påverkar mig inte i mitt dagliga liv	1381 (44,7)	1,0	
-ja, och det påverkar mig i mitt dagliga liv	810 (26,2)	3,0	
Haft urinläckage, total	2922 (100)	1,0	<0,001 ^b
-nej	2212 (75,7)	1,0	
-ja, men det påverkar mig inte i mitt dagliga liv	531 (18,2)	2,0	
-ja, och det påverkar mig i mitt dagliga liv	179 (6,1)	3,8	
Haft sömnlöshet, total	2973 (100)	1,0	<0,001 ^b
-nej	1732 (58,3)	1,0	
-ja, men det påverkar mig inte i mitt dagliga liv	949 (31,9)	2,0	
-ja, och det påverkar mig i mitt dagliga liv	292 (9,8)	3,0	
Haft dåligt minne, total	2960 (100)	1,0	<0,001 ^b
-nej	1729 (58,4)	1,0	
-ja, men det påverkar mig inte i mitt dagliga liv	1041 (35,2)	2,0	
-ja, och det påverkar mig i mitt dagliga liv	190 (6,4)	3,6	
Haft yrsel, total	2910 (100)	1,0	<0,001 ^b
-nej	2341 (80,4)	1,0	
-ja, men det påverkar mig inte i mitt dagliga liv	428 (14,7)	2,0	
-ja, och det påverkar mig i mitt dagliga liv	141 (4,8)	4,0	

Haft problem med tänder och mun, total	2942 (100)	1,0	<0,001 ^b
-nej	2402 (81,6)	1,0	
-ja, men det påverkar mig inte i mitt dagliga liv	442 (15,0)	2,0	
-ja, och det påverkar mig i mitt dagliga liv	98 (3,3)	4,0	
Haft problem med synen, total	2967 (100)	1,0	<0,001 ^b
-nej	1936 (65,3)	1,0	
-ja, men det påverkar mig inte i mitt dagliga liv	821 (27,7)	2,0	
-ja, och det påverkar mig i mitt dagliga liv	210 (7,1)	3,2	
Haft problem med hörseln, total	3011 (100)	1,0	<0,001 ^b
-nej	1858 (61,7)	1,0	
-ja, men det påverkar mig inte i mitt dagliga liv	857 (28,5)	1,3	
-ja, och det påverkar mig i mitt dagliga liv	296 (9,8)	3,0	
Hur mycket värk eller smärta stört ditt normala arbete, total	3246 (100)	1,1	<0,001 ^b
-mycket svår	28 (0,9)	2,0	
-svår	193 (5,9)	3,0	
-måttlig	948 (29,2)	2,0	
-lätt	525 (16,2)	1,2	
-mycket lätt	727 (22,4)	1,0	
-ingen	825 (25,4)	1,0	
Allmän känsla av hälsa, total	3272 (100)	1,1	<0,001 ^b
-dålig	139 (4,2)	5,4	
-någorlunda	961 (29,4)	3,0	
-god	1222 (37,3)	1,0	
-mycket god	655 (20,0)	1,0	
-utmärkt	295 (9,0)	0,0	

* n varierar beroende på internt bortfall

^aWhitney U-test

^bKruskall-Wallis

I tabell 3 testades fyra oberoende variabler som rörde deltagarnas psykosociala hälsa mot beroende variabeln GDS. Deltagarna fick svara på frågor om de lidit av ensamhet, haft känsla av att vara starka och inflytelserika, haft möjlighet till givande fritidssysselsättning och upplevelse av den allmänna hälsan. De tecken som efterfrågades behövde ha funnits noterbara i fyra veckor hos deltagarna.

Deltagarna som lidit av ensamhet uppgav ett signifikant högre GDS-värde än de som inte lidit av ensamhet ($U = 220455,5$, $p = <0,001$). Det fanns en signifikant skillnad i GDS-värdena mellan de olika grupperna som haft en känsla av att vara starka och inflytelserika ($\chi^2 (2 n = 3159) = 390,1$). Deltagarna som inte haft möjlighet att utföra givande sysselsättning uppgav ett signifikant högre GDS-värde än dem som haft möjlighet till givande sysselsättning ($U = 21791,5$, $p = 0,000$). Resultaten ses i tabell 3.

Tabell 3 *Totalpoängen på GDS enligt sociala sammanhang*

VARIABLER *	n (%)	GDS median	p-värde
Lidit av ensamhet, total	3089 (100)	1,0	<0,001 ^a
-nej	2799 (90,6)	1,0	
-ja	290 (9,4)	3,0	
Haft känsla av att vara stark och inflytelserik, total	3159 (100)	1,1	<0,001 ^b
-instämmer inte alls	1218 (38,6)	2,0	
-instämmer delvis	1571 (49,7)	1,0	
-instämmer helt	370 (11,7)	1,0	
Haft möjlighet att utföra givande fritidssysselsättning, total	3257 (100)	1,1	<0,001 ^a
-nej	50 (1,5)	5,4	
-ja	3207 (98,5)	1,0	

* n varierar beroende på internt bortfall

^aWhitney U-test

^bKruskall-Wallis

4. DISKUSSION

Diskussionsdelen är uppdelad i två delar, en resultatdiskussion samt en metoddiskussion. Resultat diskussionen är indelad i fyra delar; psykosociala faktorer, somatiska faktorer, sociala faktorer och sjukskötarens roll. I metoddiskussionen beskrivs tillvägagångssättet utifrån validitet och generaliserbarhet.

4.1 Resultatdiskussion

Studiens syfte var att belysa faktorer som har samband med nedstämdhet hos äldre på Åland. I detta avsnitt diskuteras studiens resultat och metod. Resultatet baserades på en enkätstudie som genomfördes på Åland år 2015 där totalt 3488 äldre män och kvinnor deltog. Resultatet visar att kvinnor samt de äldre som upplevde hälsan som dålig och de som inte hade möjlighet att utföra givande fritidssysselsättning hade samband med depression.

4.1.1 Psykosociala faktorer

Resultatet visar att förekomsten av nedstämdhet var högre hos äldre kvinnor än hos äldre män på Åland. Även tidigare studier visar att kvinnor tenderar att påverkas mer av depression än män. Detta kan bero på att kvinnor har visat sig ha lättare att beskriva sina känslor och symptom och på att kvinnor söker sig oftare till vården. Kvinnor kan tänkas drabbas mer än män av depression också på grund av deras längre livslängd (Samuelsson et al., 2005; Sonnenberg et al., 2000). Personer som lever längre än sina livspartners kan tänkas få depressiva symptom när den andra hälften går bort. En oro över att bli ensamstående och få förändrad och/eller försämrade ekonomi kan bidra till mer benägenhet för depression. En flytt från det bekanta hemmet kan bli en konsekvens av den ändrade civilstatusen, vilket i sig kan ge depressiva symptom. Tidigare studier har visat att de äldre som bodde på institution hade starkare depressiva symptom jämfört med de äldre som bodde i assisterade boenden bland båda könen (Grayson, Lubin, & Van Whitlock, 1995; Kivelä, 2011). Äldre kvinnor tenderar också att ha lägre utbildningsnivå än äldre män (Stockholms läns äldrecentrum, 2001). En lägre utbildningsnivå kan ge konsekvenser i pensionsåldern. Lägre utbildningar har en sämre lönesättning vilket genererar mindre ekonomiska fördelar. Kvinnor tenderar att ha mindre inkomst än männen och detta kan ge konsekvenser på äldre dagar. I tidigare studier konstateras

ett samband mellan dem som uppgav missnöje i någon form angående sin ekonomiska situation med depressiva symptom oavsett kön (Pu, Huang, Tang, & Chou, 2011). De med mindre inkomst är även mer begränsade i att aktivera sig till exempel genom resor eller andra fritidssysselsättningar. Äldre som på grund av sämre ekonomi inte kan aktivera sig kan tänkas bli isolerade och ha en känsla av ensamhet. Flera studier har visat att personer som levde i ekonomisk utsatthet fick en påverkan på den mentala hälsan (Marshall, 2015; Pu, Huang, Tang, & Chou, 2011).

4.1.2 Somatiska faktorer

Bland denna studies deltagare sågs somatiska besvär som till exempel urinläckage som ett symptom som visade samband med depression. Personen som drabbas av urinläckage upplever förutom händelseförloppet, även påverkan i känslolivet och livssituationen. Rädslan för urinläckage i oönskade situationer gör att personen inrättar sitt liv efter denna åkomma (Edberg & Wijk, 2009). Det kan tänkas att personer med urinläckage gör att personen drar sig undan fysiska aktiviteter, sociala aktiviteter och/eller sociala kontakter av rädsla för att inte kunna kontrollera situationen urinläckage kan åstadkomma. Det kan även tänkas att urinläckage kan var en sådan åkomma som får personer att söka sig till vården. Ifall sjuksköterskan träffar en äldre med denna typ av besvär är det bra att sjuksköterskan har i åtanke sambandet mellan urinläckage och depression. Studier har visat att professionella inte tar upp frågor om urinfunktionen på grund av det är ett svårt ämne eller för att de tror att det är förödmjukande för personen (Edberg & Wijk, 2009).

I denna studie såg samband mellan flera somatiska besvär och symptom. Problem med tänder och mun, yrsel, sömnlöshet och hörsel- och synproblem visade samband med depression. Dessa somatiska bekymmer kan tänkas medföra såväl fysiska, social som psykiska konsekvenser. En person med sämre munhälsa kan ha svårt att äta varvid nutritionstillståndet sjunker. En undernäring kan ge yrsel och sömnproblem. Syn- och hörselproblem tenderar att försämrats med åren på grund av det naturliga åldrandet. Dessa faktorer kan var för sig eller tillsammans ge en sämre känsla av hälsa.

Vid möte med äldre är det viktigt att sjuksköterskan ser till hela den äldres situation vid genomgång av hälsa. Vid depression kan det vara svårt att särskilja vilket somatiskt symptom

beror på depression, och vilket somatiskt symptom har förstärkt depressionssymptom. Med en helhetsbild på hälsan kan alla aspekter tas i beaktande. En god fysisk form bäddar för möjligheten till en bra psykisk hälsa. Bland deltagarna i denna studie sågs att de som hade en allmänt dålig känsla av hälsa hade ett samband med depression. Studier har visat att de som upplever sig ha sämre hälsa har ett signifikant högre samband med depression än de som inte gör det (M. Rizal, Abdul Manaf, Madihah Mustafa, Mohd, Rizam Abdul Rahman, Khairul Hazdi Yusof, Noor Azah Abd Aziz, 2016).

En allmän känsla av hälsa kan innefatta både den fysiska och psykiska aspekten. Litteratur beskriver en god hälsa som frånvaro av funktionsnedsättning, aktivt engagemang i livet, meningsfull sysselsättning och psykologiskt välbefinnande (Dehlin & Rundgren, 2007). Hälsa är ett begrepp med mycket individuella och breda tolkningsmöjligheter. Uppfattningen av hälsa kan antas påverkas inte bara av den egna situationen utan även av omgivningen och miljön människan befinner sig i. Resultatet i denna studie visade att deltagarna som upplevde den allmänna känslan av hälsa som dålig eller någorlunda, hade mer depressiva symptom än de som upplevde hälsan som god, mycket god eller utmärkt. En god fysisk form garanterar inte ett välmående psyke, eller tvärtom. Hos äldre är den egna känslan av hälsa vara ett bättre mått på mående än kartläggande av sjukdom eftersom människan kan ha olika åkommor men ändå känna en god hälsa.

4.1.3 Sociala faktorer

Denna studie visade att de deltagare som inte haft möjlighet att utföra givande sysselsättning hade mer samband med depression än de som haft möjlighet till givande sysselsättning. Fysisk aktivitet har visat sig kunna minska depression och sänka depressiva symptom. Effekten var störst vid högintensiv aktivitet. De människor som rör sig mycket har visat på mindre depressiva symptom och verkar drabbas mindre av depression än de som rör sig lite (Tarnanen, Rauramaa, Kukkonen-Harjula, & Finska Läkaresällskapet, 2016). Aktivitet kan betyda allt från fysisk aktivitet utomhus till hemmasysslor. Även promenader, trädgårdsarbete, konstaktiviteter, musikaktiviteter, eller annan fysisk eller psykisk aktivitet räknas som fritidssysselsättning. Att ha möjlighet att utföra fritidssysselsättningar gynnar en persons positiva livsrytm. Fritidssysselsättningar utanför hemmet skapar naturliga tillfällen för den äldre att träffa andra

människor. Att dela in sin vardag i olika aktiviteter, oavsett aktivitet, kan främja hälsan genom att få personen att känna meningsfullhet i sin vardag. På Åland bedrivs projektet "Främjande av psykisk hälsa bland äldre på Åland" som kartlägger aktiviteter runt om på Åland. Många olika organisationer på Åland arrangerar evenemang för de äldre för att bryta isolering eller erbjuda chans till nya hobbyer. Skolor, kyrkan, Röda Korset, Folkhälsan, Pensionärsföreningen, olika klubbar och idrottsföreningar riktar specifik verksamhet till de äldre.

I denna studie sågs ett samband mellan depression och dem som hade en känsla av ensamhet.. Ensamhet kan bero på förlust av partner, på avsaknad av meningsfulla aktiviteter, och/eller på att vara multisjuk. En rädsla att ses som en börda för anhöriga kan också göra att den äldre väljer att vara ensam. Detta kan bero på att personen inte känner sig delaktig eller känner att ingen lyssnar (Grundhall & Malmquist, 2013). De som ansåg sig inte vara starka och inflytelserika i denna studie hade mer depressiva symtom än de som kände sig vara starka och inflytelserika. Att inte känna sig vara stark och inflytelserik kan bero på att personen inte har möjlighet att medverka i samhälleliga aktiviteter. Oförmåga att delta i samhälleliga aktiviteter kan bero på till exempel sjukdom, på att personen blir underminerad, att personen inte är respekterad av de befintliga sociala relationerna eller har brist på sociala relationer. Dessa orsaker kan i sin tur leda till isolering, passivitet och hjälplöshet.

4.1.4 Sjukskötarens roll

Ett hälsosamt åldrande innebär att ha ett socialt engagemang, att känna sig behövd och ha möjlighet till aktiviteter såväl i hemmet som utanför. Katie Eriksson talar om att hälsan måste ses och förstås som en del av det mänskliga livet, annars saknar livet mening. Hälsa är ett helhetsbegrepp där de fysiska, psykiska och sociala faktorerna har en individuell påverkan hos varje människa. Hälsa utifrån ett humanistiskt perspektiv enligt WHO 1986, kan beskrivas som en individs sociala och personliga resurser och fysiska förmåga i sitt dagliga liv (Wiklund, 2003). År 2002 antog WHO dokumentet "Aktivt åldrande" med tre viktiga hörnstenar; deltagande, hälsa och trygghet. Varje individ har sin egna uppfattning om den egna hälsan där sociala och somatiska faktorer kan inverka. Den äldres livserfarenhet och bakgrund har format den äldre till den person hen är, varför ingen konkret definition av den äldres hälsa går att ge.

Den psykiska hälsan hos den äldre är viktig och ett onödigt lidande behöver undvikas. I omvårdnaden ingår att främja hälsa och lindra lidande. Åldrandet är oundvikligt och naturligt och behöver inte präglas av negativa känslor eller depressionssymtom. Sjukskötaren är en av de första som har möjlighet att upptäcka depression hos äldre (Lazarou, Kouta, Kapsou, & Kaite, 2011). En sjukskötare som är medveten om hur den äldres depression kan ta sig uttryck, har stora möjligheter att hjälpa den äldre till en god psykiska hälsa. Ifall en äldre söker sig till vården på grund av somatiska besvär som till exempel urinläckage, har sjukskötarens en moralisk och etisk plikt att se till hela hälsan hos personen. Sjukskötaren behöver ge den äldre tid för utförlig anamnes, vilken skall innefatta den aktuella och den tidigare livssituationen. Sjukskötaren kan utreda konsekvenserna av till exempel urinläckage utgående från den äldres perspektiv och de konsekvenser det somatiska bekymret för med sig, och på det sättet ha möjlighet att se samband med tecken på depression. En sämre omhändertagen hälsa kan orsaka isolering och ensamhet. Ensamhet i sin tur kan bidra till en känsla av meningslöshet. De olika faktorer som bidrar till depression är många, men genom att sjukskötaren har kunskap om sambanden, kan sjukskötaren fånga upp symptomen för att förbättra den äldres hela hälsa. Sjukskötaren behöver vara insatt i åldrande och ha en positiv inställning till åldringar. Ifall en sjukskötare anser att nedsatt sinnesstämning och försämrad fysik hör till åldrandet, kan depressions tillståndet förbli oigenkänt fastän symtombilden skulle bestå av flera för depression karakteristiska symptom.

Fysiska åkommor förstärks vid depression och det är inte lätt att avgöra vilken fysisk symptom orsakas av depression och vilken av fysisk sjukdom. En grundlig intervju för att få en bild av personens tillstånd behövs som underlag för bedömning. Kliniska undersökningar som mäter folsyra och B12 vitaminhalten för att utesluta bristtillstånd, undersökningar för att utreda hjärtinfarkt, stroke, endokrina störningar, tumörer eller andra neurologiska bekymmer behöver utföras. Även läkemedelsbiverkningar och/eller missbruk behöver utredas före depressions diagnos kan fastställas. Det är av vikt att utföra grundlig somatisk undersökning framför allt hos de äldre som inte tidigare haft depression, hos dem man misstänker depression och hos dem som inte svarar på depressionsbehandling (Suomen Lääkäri-seura Duodecim & Suomen Psykiatriyhdistys ry, 2016). Behandlingsalternativ för diagnostiserad depression hos äldre är psykoterapi, gruppterapi, familjeterapi, antidepressiva, motion, nutritionstillstånd, socialt deltagande och stöd av roller, socialskydd, ljusbehandling, ECT, elchocksbehandling. Även

anpassad läkemedelsbehandling kan hjälpa en depressions drabbad (Kivelä, 2011). Vid misstanke om depression är GDS-15 ett rekommenderat verktyg för sjukskötaren. Screening av depressionssymtom hos äldre rekommenderas hos riskgrupper som hemmaboende, fysiskt dåligt skick, socialt isolerade, varit insjuknade under de senaste halvåret eller där livskamraten avlidit, hos dem som känner stark ensamhet, hos dem som drabbats av sömnstörningar eller hos dem som bor på institution (Kivelä, 2011).

Depression medför kostnader som ökad sjukvård för den drabbade. Behovet av fler besök hos sjukvården, måltids- och annan stödservice, hemtjänst och hemsjukvård är ekonomiska kostnader som kan förknippas med depression (Kivelä, 2011). En anhörig kan också drabbas ekonomiskt ifall de deltar i vården. En anhörig kan behöva ta ledigt från arbetet för ta hand om en deprimerad närstående. En anhörig kan även själv påverkas av depressionen genom att själv få en sämre ork och hälsa. Psykisk hälsa är lika viktig som den fysiska hälsan. När en person har psykisk ohälsa försvagas livskvaliteten och fysiska konditionen. Katie Eriksson poängterar helhetstänket på människans hälsa. Trots att depressioner är vanliga hos äldre är de svåra att upptäcka eftersom sambandet mellan många faktorer finns. Då kan underbehandling bli konsekvensen (Jansson & Almberg, 2011).

4.2 Metoddiskussion

Detta arbete genomfördes som en deskriptiv tvärsnittsstudie för att uppnå syftet att se om utvalda faktorer visade på samband med depression hos äldre på Åland. Tvärsnittsstudie är ett bra alternativ då allt material samlas in vid ett tillfälle och detta möjliggör att forskningen sker vid en viss tidpunkt och är tidssparande (Olsson & Sörensen, 2011). Data kan även analyseras igen när nya frågeställningar uppstår. Nackdelen med tvärsnittsstudier är att det inte går att följa förändringar över tid (Henricson, 2012).

Validiteten i en studie handlar om att rätt mätinstrument används för att mäta resultatet det vill säga att rätt sak mäts (Olsson & Sörensen, 2011). Denna studie är en del av en större studie där frågor och svar kom från en redan färdigt utarbetad frågeenkät som passar syftet i studien samt att mätinstrumentet GDS som använts är relevant för att mäta depressionssymtom hos äldre,

vilket kan anses som att validiteten är säkerställd. Reliabilitet i en studie handlar om överensstämmelser av resultat i studier gjorda flera gånger. En hög grad av överensstämmelse betyder att det är en hög reliabilitet. För att få en högre reliabilitet i en studie kan man göra en så kallad test-retest-metod vilket innebär att man gör en mätning och samma mätning görs vid ett senare tillfälle. Detta skulle rekommenderas för den här studien då det inte finns tidigare studier av denna modell på Åland. Skulle ett andra test göras kunde det innebära att man får en högre reliabilitet i studien. Dock kan den första studien ha påverkat individen attitydmässigt vilket innebär att det kan ge annat resultat i den andra mätningen. Det finns dock metoder att använda sig av för att förhindra felresultat (Olsson & Sörensen, 2011).

Beträffande studiens generaliserbarhet kan denna studie inte generaliseras världen runt då den är inriktad specifikt på äldre på Åland. Dock kan den antas vara generaliserbar i Norden då levnadsförhållanden i Norden är liknande. Svarsprocenten i denna studie var ca 60 % efter påminnelser om att besvara frågeformuläret utannonserats i lokaltidningar och ett påminnelseutskick till männen gjorts, vilket kan betyda att det blir svårt att generalisera resultaten (Olsson & Sörensen, 2011).

Svagheter i denna studie var att vissa frågors testresultat inte var helt tillförlitligt och jämförbart mellan grupperna. I frågan om boendetyper svarade 2,7 % av deltagarna att de bor på servicehus eller äldreboende. På frågan om deltagarna hade en givande fritidssysselsättning svarade 1,5% av deltagarna att de inte hade en givande fritidssysselsättning. På frågan om deltagarna haft problem med tänder och mun svarade 3,3% Ja, och det påverkar mitt dagliga liv. Dessa svarsprocent var förhållandevis små inom dessa frågor. Svaren var dock anmärkningsvärda och visade på samband med depression.

4.3 Slutsatser

Denna studie bekräftar förförståelsen av att förändringar som sker i ålderdomen kan bidra till nedstämdhet. Denna kunskap är viktig för hälso- och sjukvården för att förbättra omhändertagandet av den äldre för att den äldre skall få ett bra psykiskt mående. Genom att känna till att dessa faktorer har ett samband med nedstämdhet, blir sannolikheten att

sjuuskötaren tar det i beaktande vid vårdkontakt med den äldre. Utgående från studiens resultat kan inte generella slutsatser dras om depression bland äldre på Åland. Olika faktorer har visat samband med depression, men varje individ är unik. För att få en helhetsbild av den äldres hälsa har sjuuskötaren en viktig roll. Sjuuskötaren har möjlighet till intervjuer och lättsamma samtal vid möte med den äldre för att kartlägga hälsan och måendet. Trots att sjuuskötaren har möjlighet till intervju och samtal med den äldre så är det möjligt att sjuuskötaren inte ser helheten utan istället fokuserar på symtomlindring, vilket kan lämna en möjlig depression obehandlad. Sjuuskötarens samtal med den äldre kan vara en början till att lindra det lidande en depression kan medföra. Genom att kartlägga den äldres egna resurser och färdigheter, samt behov och risker kan sjuuskötaren utforma en omvårdnadsplan för att hjälpa den äldre till ett bättre fysiskt samt psykiskt mående. Sammanhanget för hälsa består av människan som helhet och hennes miljö (Eriksson, 1994).

“Ett helt liv är bättre än ett långt liv.” Nisargadatta Maharaj

KÄLLOR

Andersson, G. (2009). *Ut ur depression och nedstämdhet med kognitiv beteendeterapi [ett effektivt självhjälsprogram]*. Enskede: TPB.

Adams, K. B., Sanders, S., & Auth, E. A. (2004)

Loneliness and depression in independent living retirement communities: Risk and resilience factors *Aging & Mental Health*, November 2004; 8(6): 475-485. Från

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=d6d64c8a-d816-4ba8-9531-1ecb793c305b%40sessionmgr4009>

Boman, E. (2015). *Hälsa och livskvalitet bland äldre män och kvinnor på Åland 2015 (HÄMKÅ15) (Högskolan på Ålands publikationsserie, 2016:2)*. Mariehamn: Högskolan på Åland

Carla M. Teixeira, José Vasconcelos-Raposo, Helder M. Fernandes, & Robert J. Brustad. (2013). Physical activity, depression and anxiety among the elderly. *Social Indicators Research*, 113(1), 307-318. doi:10.1007/s11205-012-0094-9

Dehlin, O. & Rundgren, Å. (2007). *Geriatrik*. (2., [omarb. och utök.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Edberg, A. & Wijk, H. (red.) (2009). *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Edvardsson, C., & Jacobsson, M. (2011) *Äldre människors upplevelser av sin depression*. Examensarbete, Högskolan i Borås, Institutionen för vårdvetenskap. Från http://bada.hb.se/bitstream/2320/10950/1/K2011_121.pdf

Eliasson, A. (2006). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1997/[1987]). *Vårdandets idé. (1. uppl.)* Stockholm: Liber AB.

Eriksson, K. (1984). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Friberg, F., & Öhlén, J. (2009). *Omvårdnadens grunder (1. uppl. ed.)*. Lund: Studentlitteratur.

Grayson, P., Lubin, B., & Van Whitlock, R. (1995). Comparison of depression in the community-dwelling and assisted-living elderly. *Journal of Clinical Psychology, 51*(1)

Grundhall, L., & Malmquist, A. (2013). *Ohälsa hos äldre till följd av ensamhet: En litteraturstudie (Examensarbete, Högskolan i Borås, Institutionen för vårdvetenskap)*

Goud, A. A., & Nikhade, N. S. (2015). Prevalence of depression in older adults living in old age home. *International Archives of Integrated Medicine, 2*(11) Från <http://web.a.ebscohost.com/ha.idm.oclc.org/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=71947d7b-feb5-4879-aec8-6e5856df11e1%40sessionmgr4008>

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod (1. uppl. ed.)*. Lund: Studentlitteratur.

Jansson, W., & Almberg, B. (2011). *Gerontologi och geriatrik (1. uppl. ed.)*. Stockholm: Liber. Retrieved from <http://libris.kb.se/resource/bib/11939075>

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Høyen Ranhoff, A., Bolinder-Palmér, I., & Olsson, K. (2010). *Geriatrisk omvårdnad*. Stockholm: Liber. Retrieved from <http://libris.kb.se/resource/bib/11372475>

Kivelä, S. (2011). *Ur depression i balans - ett gott liv vid äldre år (1st ed.)*. Tallinna, Estland: Finnish literature Exchange.

Kono, A., Kai, I., Sakato, C., & Rubenstein, L. Z. (2004). Frequency of going outdoors: A predictor of functional and psychosocial change among ambulatory frail elders living at home. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(3), M280. doi:10.1093/gerona/59.3.M275

Larsson, M., & Rundgren, A. (2010). *Geriatriska sjukdomar* (3., [uppdaterade och utök.] uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.

Lazarou, C., Kouta, C., Kapsou, M., & Kaite, C. (2011). Overview of depression: Epidemiology and implications for community nursing practice. *British Journal of Community Nursing*, 16(1), 41-47. doi:10.12968/bjcn.2011.16.1.41

Leal, M., Apostolo, J., Mendes, A., & Marques, A. (2015). Depression among the elderly in the community, in day care centers, and in geriatric homes. *Journal of Nursing*, 9(4) DOI: 10.5205/reuol.7275-62744-1-SM.0904201525

Loughlin, A (2004). Depression and Social Support: Effective Treatments for Homebound Elderly Adults Detecting, assessing, and properly treating depression in homebound older adults can be tricky. Social support alone may not be the answer. *Journal of Gerontological Nursing*. 2004;30(5), 11-15 doi:10.3928/0098-9134-20040501-05

Lu, L. (2011). Leisure experiences and depressive symptoms among chinese older people: A national survey in taiwan *Educational Gerontology*. Vol. 37 Issue 9, p753-771. DOI: 10.1080/03601271003744632.

Marshall, G. L. (2015). Financial hardship in later life: Social work's challenge or opportunity. *Social Work*, 60(3), 265-267. doi:10.1093/sw/swv015

Momeni, P., Wettergren, L., Tessma, M., Maddah, S., & Emami, A. (2011). Factors of importance for self-reported mental health and depressive symptoms among ages 60–75 in urban iran and sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 696-705. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00880.x

M. Rizal, Abdul Manaf , Madihah Mustafa , Mohd, Rizam Abdul Rahman , Khairul Hazdi Yusof, Noor Azah Abd Aziz. (2016). Factors influencing the prevalence of mental health problems among malay elderly residing in a rural community: A Cross Sectional study. *PLoS ONE*, *11* (6). doi:10.1371

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen* (3. uppl. ed.). Stockholm: Liber

Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual* (5. ed. ed.). Maidenhead: McGraw Hill [u.a.].

Pu, C., Huang, N., Tang, G., & Chou, Y. (2011). *When does poor subjective financial position hurt the elderly? testing the interaction with educational attainment using a national representative longitudinal survey. BMC Public Health*, *11*(1), 166.
doi:10.1186/1471-2458-11-166

Rouxel, P., Heilmann, A., Demakakos, P., Aida, J., Tsakos, G., & Watt, R. G. (2016). Oral health-related quality of life and loneliness among older adults. *European Journal of Ageing*, *14*(2), 101. doi:10.1007/s10433-016-0392-1

Salame, A., & Wallgren, A. (2012). *Urininkontinens bland äldre relaterat till fysisk aktivitet och aktiviteter i dagligt liv (Examensarbete, Lunds universitet, Medicinska fakulteten)*

Samuelsson, G., McCamish-Svensson, C., Hagberg, B., Sundström, G., & Dehlin, O. (2005). Incidence and risk factors for depression and anxiety disorders: Results from a 34-year longitudinal swedish cohort study. *Aging & Mental Health*, *9*(6), 571-575.
doi:10.1080/13607860500193591

Skärsäter, I. (2014). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa* (2., [revid. och utök.] uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2016). *Äldres psykiska hälsa*. Hämtad 27 november, 2017, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/psykiskohalsa/aldrespsykiskahalsa>

Sonnenberg, C. M., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., & Tilburg, W. (2000). Sex differences in late-life depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*(4), 286-292.
doi:10.1034/j.1600-0447.2000.101004286.x

Stockholms läns äldrecentrum Stockholms läns landsting Äldre och folkhälsa (projekt) (2001). *Äldres hälsa och välbefinnande: en utmaning för folkhälsoarbetet*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum.

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:S etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 15 november, 2017, från svensk sjuksköterskeförening,
[/www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)

Svensson, O. (2013). *Att gråta i en jaguar: en sambandsstudie mellan upplevd hälsa och faktorerna inkomst, utbildning samt civilstånd hos äldre*. Examensarbete, Gymnastik och Idrottshögskolan, Lärarprogrammet. Från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:679175/FULLTEXT02.pdf>

Tornstam, L. (2005). *Åldrandets socialpsykologi* (7., [omarb. och uppdaterade] uppl. ed.). Stockholm: Norstedts akademiska förlag.

von Knorring, A., Von Knorring, L., & Waern, M. (2013, 26 februari). Depression från vaggan till graven.

Läkartidningen, *110*(9-10), 480. Hämtad från http://ww2.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/19318/LKT1309s480_483.pdf

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis* (1, fjärde tryckningen ed.). Falun 2008: Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm.

Wiklund Gustin, L. (2010). *Vårdande vid psykisk ohälsa* (1. uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization (2017). *Mental health*. Hämtad 7 november, 2017, från World Health Organization
www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/mental-health

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4

Yesavage, J. A., & Sheikh, J. I. (1986). 9/geriatric depression scale (GDS). *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173. doi:10.1300/J018v05n01_09

Ålands statistik- och utredningsbyrå. (2017). Befolkning - prognoser: Befolkningsprognos efter ålder 2015-2040. Hämtad 15 november, 2017, Ålands statistik- och utredningsbyrå,
<http://www.asub.ax/sv/befolkning-prognoser>

Ålands Landskapsregering. (2017). *Hälsopolitiskt program för åland 2010-2020*. Hämtad 15 november 2017 från Ålands landskapsregering,
<http://www.regeringen.ax/styrdokument-rapporter-publikationer/halsopolitiskt-program-0>

BILAGOR

Depressionsskattningsskala GDS-15

Datum:.....

Patientens namn:.....

Födelsedata:.....

Skattare:.....

Frågorna gäller de senaste två veckorna

1. Är du i grund och botten nöjd med ditt liv?	Ja	Nej
2. Har du gett upp många aktiviteter och intressen?	Ja	Nej
3. Tycker du att ditt liv är tomt?	Ja	Nej
4. Blir du ofta uttråkad?	Ja	Nej
5. Är du oftast på gott humör?	Ja	Nej
6. Är du rädd att något skall hända dig?	Ja	Nej
7. Känner du dig oftast glad och nöjd?	Ja	Nej
8. Känner du dig ofta hjälplös?	Ja	Nej
9. Vill du hellre stanna hemma än gå ut och prova nya sysselsättningar?	Ja	Nej
10. Tycker du att du har fler problem med ditt minne än de flesta andra?	Ja	Nej
11. Tycker du att det känns bra att leva?	Ja	Nej
12. Känner du dig tämligen värdelös som du är nu?	Ja	Nej
13. Känner du dig full av energi?	Ja	Nej
14. Tycker du att din situation är hopplös?	Ja	Nej
15. Tycker du att de flesta andra har det bättre än du?	Ja	Nej
Summa poäng		

POÄNGSÄTTNING

Ge 1 poäng för varje svar i ruta med markerad ram

Tolkning:

5-10 poäng: Måttliga depressiva symtom

> 10 poäng: Uttalade depressiva symtom

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)
Recent Evidence and Development of a Shorter Version.
Javaid I. Sheikh, MD, Jerome A. Yesavage, MD
Clinical Gerontologist, Vol.5 (1/2) June 1986