

Hópmeðferð fyrir aldraða

Sæmundur Haraldsson

læknir, stundaði nám í analytískri grúppumeðferð í 3 ár á vegum Institute of Group Analysis í Osló 1985 til 1987 á meðan hann var við nám í geðlækningum í Noregi. Hann starfar á Landakoti.



Öllum æviskeiðum fylgja sérstök vandamál, sem þarf að takast á við. Lífsgæði hvers og eins eru oftast í samræmi við hvernig okkur tekst að ráða fram úr þessum verkefnum.

Aldraðir hafa á sinni löngu ævi öðlast lífsreynslu og þroska, sem gerir þeim furðu oft fært að lifa góðu lífi í æðruleysi og hugarró, þrátt fyrir ýmsa fylgífiska öldrunar.

Aldraðir verða fyrir missi ástvina, heilsu, færni, sjálfstæðis eða sjálfsbjargargetu, þótt margir eigi því láni að fagna að halda heilsu og getu til að takast á við sín vandamál.

Aldraðir á hjúkrunarheimilum og öðrum stofnunum fyrir aldraða eru þangað komnir vegna færni- og heilsuskerðingar.

Fjöldi rannsókna hefur sýnt fram á að aukin sjúkdómsbyrði hjá öldruðum leiðir til aukinnar tíðni þunglyndiseinkenna og kvíða (1,2). Þarna er trúlega um að ræða samspil milli beinna áhrifa ýmissa sjúkdóma á heila ss. Parkinson, Alzheimer, hjarta-og æðasjúkdóma og sálfélagslegra afleiðinga, vegna færnisskerðingar og heilsubrestra.

Algengi klínískt þunglyndis er um 12-14% meðal allra eldri en 65 ára eða svipað og almennt gerist, en alvarlegt þunglyndi (DSM-IV) er 1-2% hjá sama þýði (Epidemiological Catchment Study). Hins vegar eru tölurnar miklu hærri, þegar íbúar hjúkrunarheimila eru skoðaðir og þar telja flestar rannsóknir að um 30% hafi klínískt þunglyndi, þ.e.a.s. þunglyndi, sem þarfnast meðferðar. Tölur upp í 60% sjást einnig. Þessi mismunur segir sína sögu um hve erfitt er að meta þunglyndi hjá fjölveikum öldruðum með þeim mælitækjum, sem tiltæk eru. Kvíði er oft áberandi samfara þunglyndi hjá öldruðum ásamt líkamlegum einkennum. Þunglyndiseinkennin auka færnisskerðingu og draga þannig úr lífsgæðum og lífsvilja og mótstöðuafli gagnvart sjúkdómum.

Fyrir utan almenna umönnun og aðhlyningu er meðferð þunglyndis aldraðra aðallega fólgin í lyfjameðferð með þunglyndislyfjum. Lyfin gera vissulega gagn og sérstaklega þau nýrri (SSRI,SNR), sem hafa minni aukaverkir en þau gömlu fyrir aldraða. En alvarlegar aukaverkanir eru áfram vandamál, auk þess sem svörun við lyfjameðferðinni er þegar best lætur um 70%. Oft standa þá eftir ýmis þunglyndiseinkenni (3), sem svara ekki lyfjameðferð. Raflostmeðferð er oft mjög virk gegn alvarlegu þunglyndi og er snennilega of lítið notað meðferðarform hér á landi.

Margar rannsóknir hafa sýnt fram á árangur samtalsmeðferðar (sállækninga) í meðhöndlun þunglyndis aldraðra (4,5), einkum þegar um er að ræða létt eða miðlungsalvarlegt þunglyndi. Einnig hefur blönduð meðferð með samtalsmeðferð ásamt þunglyndislyfjum sýnt betri árangur en önnur þessara meðferðaforma ein og sér (2).

Vandamálið er að samtalsmeðferð krefst tíma, fáir geta veitt slíka meðferð og því fáir sem njóta hennar. Hópmeðferð bætir aðeins úr skák hvað þetta varðar.

R.og K.Aday söfnuðu saman í bók (Group Work

with the Elderly), því sem hafði verið birt um hópmeðferð fyrir aldraða frá 1970 til 1996 og voru það 451 greinar, rannsóknir og annað efni, sem hafði birst á þessum tíma. Ýmis hópstarfsemi er í gangi á vistheimilum fyrir aldraða ss. fönður, leikfimi, o.s.frv. Vismenn eru hluti af samfélagi vistheimilisins og þeim hópum, sem þar eru. Samskipti þeirra við aðra vistmenn, starfsfólk, ættingja og vini ráða miklu um hvernig þeim líður og dafnar.

Í samskiptum við aðra fá menn staðfestingu á og þekkingu um hverjir þeir eru. Náin samskipti, sem eru einhvers virði, rjúfa einangrun og bægja frá einmana-leika. Þetta er vettvangur hópmeðferðar.

Um hópmeðferð

Hópmeðferðarformsins er fyrst getið 1907, en eftir seinni heimstyrjöldina hefur þessu meðferðarformi vaxið fiskur um hrygg. Ýmsar gerðir grúppumeðferðar fyrirfinnast og voru þær flestar byggðar á hugmyndafræði sálkönnunar framan af. Foulkes skilgreindi hópferlið og kom á fót skipulagðri kennslu í sálkönnunnarhópmeðferð í Institute of Group Analysis í London. Þessi skóli hefur síðan fært út kviarnar og náð útbreiðslu, einkum í Evrópu (6).

Sálkönnunar- hópmeðferð er langtímameðferð og þarf a.m.k.eitt ár í 1^{1/2} klst. vikulega með 7-8 fasta meðlimi, til þess að stjórnandanum gefist tóm til að skapa skilyrði fyrir þróuðum hóp-kúltúr. Hópurinn fer í gegn um ákveðið ferli, sem stjórninn beinir í ákveðna átt. Þegar einhver tjáir sig um eitthvað kallar það á endurómum af viðbrögðum hjá hinum og endurkastast í keðjuverkun í ákveðnu samhengi (context), sem unnið er með. Stjórnandinn túlkar síðan heildarhópferlið og má líkja honum við stjórnanda hljómsveitar, sem beinir athygli sinni að heildarhljómunum og hvort verkið hljómar vel, sé fullt af skilningi og lifandi tilfinningu hjá öllum einstaklingum sveitarinnar.

Sálræn einkenni eru talin vera yfirborðsbirtingarmyndir undirliggjandi óleystra hnúta og þroskastöðnunar. Og sé sömu líkingu haldið áfram þá þurfa meðlimir að fá tíma til að kynnast sínum hljóðfærum, svo þeir spili ófalskt og í takti, til þess að tónlistin, sem inniheldur allar hugsanir þeirra, tilfinningar og þrár, lifni við og þróist yfir á æðra svið.

Of langt mál er að fara nánar út í slíka meðferð hér, en áhugasömum er bent á bók Sigmund Karteruds Gruppeanalyse (7).

Í skammtíma hópmeðferð er líka mikilvægt að skilja og vinna með hópferlið út frá þessum lögmálum, því allir hópar ganga gegn um þessi ferli. Það þarf að byrja, það er miðkaflinn og það kemur að lokum hópsins. Slík skammtíma-hópmeðferð er þó frábrugðin sálkönnunar-hópmeðferð að því leyti, að hér er unnið með afmörkuð vandamál, í stað þess að vinna með alla manneskjuna í sinni dýpt (8).

Yalom skilgreindi í sinni bók *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (9) hvaða þættir virka lækandi í hópmeðferð. Þeir eru helstir:

1. Samkennd – þú ert ekki einn, einmanaleiki rofnar, tilveran staðfestist.
2. Kveikja von – vonleysið minnkar, m.a. við að sjá aðra ná tökum á sínum vandamálum.
3. Fræðsla um vandamál /sjúkdóma (psychoeducation).
4. Gagnvirkur stuðningur – að vera séður, heyrður, að veita öðrum stuðning.
5. Félagsleg þjálfun – að tjá sig, læra af öðrum, líkjast öðrum (ideal).
6. Leiðréttandi endurmat á eigin viðbrögðum.

Til eru margskonar form fyrir hópmeðferð, svo sem grúppur fyrir meðferðaraðila, handleiðslugrúppur, stuðningsgrúppur fyrir umönnunaraðila, tjáningar- og list grúppur, leikspunagrúppur (psychodrama), örvunargrúppur (remotivational), raunveruleikaáttunar grúppur, endurminningargrúppur, huglæg atferlismeðferð í hóp og atferlismeðferð í hóp. Einnig ýmsar sjálfshjálpargrúppur (AA, sorgargrúppur o.fl.).

Algeng form hópmeðferðar fyrir aldraða

Huglæg atferlismeðferð í hóp hefur verið talsvert rannsökuð á síðustu árum. Hún byggist á kenningum Becks um að atvik leiði til hugsunar, sem kalli á viðbrögð og athafnir. Hér er unnið með hugsun og viðhorf. Markmiðið er að umbreyta ógagnlegum hugsunum og hegðun og finna hentugri lausnir. Einstaklingsbundin markmið eru fyrirfram skilgreind. Síðan er að þjálfar þessar aðferðir með heimaverkefnum, sem sett eru fyrir. Áherslan er á „hér og nú“. Ósjálfráðar hugsanir og óraunhæf viðhorf eru fundin, rannsökuð og sannpröfuð og fundnar hentugri lausnir. Líðan er umorðuð og þættuð og þannig gerð víðráðanlegri. Slökun og ákveðni er þjálfuð (10).

Endurminningargrúppur (11). Þetta form hefur talsvert verið notað á hjúkrunar- heimilum og einnig fyrir heilabílaða. Hópurinn rifjar upp jákvæðar minningar um eitthvað, sem allir kannast við t. d. uppáhalds frídagar, fyrsta ástin, skólaminningar, fyrsta launaða vinnan, leikfélagar, ferðalög, ákveðin tímabil, t.d. stríðsárin. Þátttakendur æfast í að tjá sig og það eykur sjálfstraust og samkennd og víkur burt sleni og deyfð. Ljósmyndir og aðrir hlutir eru oft notaðir, sem hjálpar-tæki.

E.F. Klausner lýsti *fókuseraðri þemagrúppu* fyrir þunglynda, sem ekki höfðu svarað lyfjameðferð. Þessi hópmeðferð byggist að miklu leyti á aðferðum huglægrar atferlismeðferðar (12).

Þar eru fyrirfram skilgreind markmið, virkur stjórnandi og áhersla á fræðsluþáttinn. Tekin eru fyrir vandamál og farið ítarlega út í þau, í hverju þau felast og rætt um meðferðarúræði. Þá er markvisst unnið að

færniþjálfun (skills training). Kastljósinu er beint að sveigjanleika, úrræðagetu og viskubrunni lífsreynslunnar til þess að ná raunhæfum markmiðum.

Á undirbúningstímanum fyrir hópmeðferð á vistheimili hér í bæ, þróuðust hugmyndir um að notast við blandaða aðferðarfræði í hópmeðferðinni. Áherslan var á huglæga atferlismeðferð, fókuseraða þemagrúppu og endurminningarþáttur var hafður með í byrjun. Aðferðir sálkönnunar-hópmeðferðar voru einnig notaðar til þess að skilja og túlka hvað var í raun og veru um að vera á fundunum.

Undirbúningur

Öll umgjörð hópmeðferðar er afar mikilvæg. Það þarf að finna hentugan stað, rúmgott herbergi með þægilegum stólum, borði og góðu aðgengi. Og ekki síst stað, þar sem tryggt er algjört næði á fundartíma. Fastir fundartímar eru valdir, á sama stað einu sinni í viku, eina til eina og hálfu kukkustund í senn. Fjölveikir aldraðir eiga sumir erfitt með að sitja lengi og því var fundartími ákveðinn 1 klst. í senn og í allt 15 skipti. Þunglyndi og kvíði voru skilgreind sem viðfangsefni hópmeðferðarinnar.

Þegar þátttakendur eru valdir þarf að huga að því að aldraðir eru óvanir hópmeðferð og óttast að missa andlit. Það þarf því að nota tíma í einstaklingssamtölum til að eyða þessum kvíða og útskýra aðferðir og markmið. Hópmeðferðinni var líkt við námskeið eða skóla. Í forskoðun var tekin sjúkrasaga, læknissskoðun gerð og mat gert á þunglyndiseinkennum með GDS (Geriatric Depression Scale) og MADRS (Montgomery-Aasbergs Depression Rating Scale), sem eru staðlaðir þunglyndisskalar hér á landi.

Einnig var vitræn geta metin og færni. Þá var reynt að skilgreina vandamál, sem hægt væri að vinna með og einstaklingsbundin markmið skilgreind.

Almenn markmið:

- Að ná betri tókum á sínum vandamálum, finna aðrar lausnir.
- Betri líðan og færni, aukin lífsgæði.
- Aukið sjálfstraust og not af viskubrunni ellinnar.
- Aukin félagsleg og líkamleg virkni.
- Aðlögun að og sátt við óhjákvæmilega skerðingu og sjúkdóma
- og við dauðann, sem nálgast.

Samsetning hópsins er mikilvæg og ber ekki að hafa of einsleitán hóp. Þátttakendur verða að heyra sæmilega, vera vitrænt óskertir (að mestu leyti) og ekki geðveikir.

Stjórnandinn er oftast einn, en meðstjórnanda er oft gott að hafa m.a. í fræðsluskini. Soffía Snorradóttir hjúkrunarfræðingur var meðstjórnandi á fundunum. Hennar hlutverk var fyrst og fremst að fylgjast með við-

brögðum hvers og eins og með hópheildinni. Eftir fundina ræddum við það sem gerst hafði. Fyrir fundi ræddum við að hverju ljósið ætti að beinast að þessu sinni. Hún lagði mikla vinnu í undirbúninginn og við forskoðun, enda þekkti hún alla þátttakendur mjög vel fyrirfram.

Stjórnandinn þarf að hafa samýgð og áhuga á velferð sinna skjólstaðinga.

Hópurinn og hópmeðferðin

Í okkar hóp á vistheimilinu voru valdar sjö fjölveikar konur og voru þær allar óskertar vitrænt, nema ein vægt skert með MMSE 22/30 stig. Fjórar þeirra höfðu sögu um alvarlegt þunglyndi. Fimm notuðu þunglyndislyf, allar róandi lyf eða svefnlyf og tvær sefandi lyf. Engar lyfjabreytingar urðu á meðferðartímanum. Alls varð fjöldi funda sautján skipti, vikulega í eina klukkustund í senn.

Allar voru ekkjur nema ein, sem átti mann á lífi. og allar áttu börn nema ein. Aldurinn var frá 77 til 90 ára, að meðaltali 85 ára. Fimm notuðu göngugrind og ein hjólastól.

Í upphafi fengu allar afhentar einfaldar fundarreglur: 1) Stundvísi og mætingarskylda, 2) Trúnaður og þagnarskylda, 3) Allir geta tjáð sig, en einn í einu, hinir hlusta, 4) Allir hjálpið að við að ná markmiðum hópsins og auðsýni tiltssemi.

Á fyrsta fundinum var fræðsla og almennar umræður um hópmeðferðina. Þá var rætt um vist á stofnun og þær allar hvattar til að nota tækifærið til að ræða nú um það sem skiptir þær máli og það sem þeim er mikilvægt. Einnig var rætt um trúnaðartraust.

Til þess að draga úr kvíða og spennu á fundum og til að skapa þægilegt andrúmsloft og ekki síst til þess að setja kúrsinn, var fundarformið haft mjög skipulagt í fyrstu. Stjórnandinn var virkur með sínar spurningar og ábendingar. Síðari fundina, þegar samvirkur grúppukúltúr hafði myndast, dró stjórnandinn sig meir í hlé, nema í fræðsluþættinum.

Skipulag fundanna var þannig að:

1. Fyrst var minnt á fundarreglur.
2. Síðan gengið á röðina og hver og einn spurður um síðasta fund og þemað, sem þá var til umræðu, hvernig síðasta vika var og hvernig líðanin er núna.
3. Þá var tekið fyrir ákveðið þema, vandamál, sem venjulega var þegar komið fram sem rauður þráður í umræðunum á undan.
4. Fræðsluþáttur – læknisfræðilegar upplýsingar um vandamálið t.d. þunglyndi, kvíði, sorgarviðbrögð, þvagleki.
5. Viðeigandi verkefni fundin
6. Endurminningarþáttur – hvernig var ?
7. Slökun í 5 mínútur.

Mismikil áhersla var lögð á hvern þátt hverju sinni. Endurminningarþátturinn var notaður mest á fyrstu fundunum, á meðan þátttakendur voru að kynnast.

Slökun var fastur liður í lok fundanna. Notuð var eins konar sefjunarslökun með áherslu á djúpa og reglulega öndun, vöðvaslökun og skyntengdar ímyndanir, þar sem t.d. maður rifjar upp fyrir sér fallegan og kyrrlátan stað, sér hann fyrir sér, finnur ilminn, heyrir fuglasönginn og lækjargjálfríð, finnur goluna strjúkast um vangann, hitann af sólinni og snertinguna við grasbalann, þar sem maður liggur og horfir á skýin líða hjá. Slökunin var mjög vinsæl hjá gömlu konunum, sem þótti hún afar þægileg.

Þemu

Helstu þemu sem tekin voru fyrir voru:

- Líf á stofnun, samskipti við starfsfólk og ættingja, einmanaleiki, einangrun, sorg, svefnleysi, depurð, þunglyndi, kvíði, verkir, höfnunartilfinning, hjálparleysi, dauðinn, sjálfstraust og samskiptin í hópnum.
- Líkamleg vandamál voru einnig þemu í hópnum. Þau helstu voru svimi, þvagleki, hjálpar-tæki, hægðatregða, mikilvægi hreyfingar og verkanir og aukaverkanir lyfja.

Heimaverkefni

Einstaklingsbundin verkefni. Þau helstu voru:

- Reglulegir göngutúrar á göngum, gera slökunaræfingar, ganga frá óafgreiddum málum, vinna með breytt viðhorf, félagsleg virkni, fara í heimsókn, þjálfa samskipti við aðra vistmenn og ákveðniþjálfun (tjá sig hátt og skýrt, horfa í augu viðmælanda).

Verkefni voru ákveðin á fundum og síðan spurt hvernig gengi með framkvæmdina.

Ferlið

Í upphafi voru þær óöruggar og kvíðnar og til að draga úr þessu verður stjórnandinn að vera mjög virkur og leiða með spurningum og ábendingum til að leitast við að skapa jákvætt og opið andrúmsloft, þar sem hægt væri að ræða mál af hreinskilni. Hið fasta skipulag (strúktúr) og rammi fundanna auðveldar fyrir, á meðan þátttakendur eru að kynnast hver öðrum og byggja upp trúnað. Þær sáu fljótt að hér var vettvangur til að ræða það sem raunverulega skipti þær máli.

Hópferrillinn einkennist af því í fyrstu að þátttakendur eru uppteknir af því að fá viðurkenningu stjórnandans og setja hann á stall.

Í miðhluta (6. til 11. fundi) verður umræðan meir á jafningjagrunni og barátta um hver ræður ferðinni. Sjálfstæðið þróast og hlutverkaskiptingin er í forgrunni. Þarna gefst kostur á að reyna aðrar leiðir í samskiptum eftir ábendingum. Stjórnandinn tryggir að öllum sé frjálst að tjá sig og beinir athyglinni að því sem virðist skipta máli hverju sinni í hópferlinu. Hann stígur niður af stallinum.

Í síðasta hluta (12. til 17. fundi) hafa þátttakendur kynnst hver öðrum nánar og hér þróast meiri samkennd. Þátttakendur sýna hver öðrum raunverulega umhyggju og stuðning. Brátt liður að lokum fundanna og þá þarf að nota tíma í sorgarvinnu vegna grúppuslitanna.

Niðurstöður

Þátttakendur voru allir áhugasamir, mættu stundvíslega og fjarvistir voru fáar eða 1-3 skipti vegna veikinda hjá þessum fjölveiku konum. Ein þeirra hætti eftir 10 skipti vegna veikinda, sem ekki voru tengd þessari meðferð. Hún er ekki höfð með í því mati, sem gert var á árangri meðferðar.

- GDS – Geriatric Depression Scale (styttri útgáfan-15 spurningar), sem er mat sjúklingsins sjálfs á þunglyndiseinkennum sínum var lagt fyrir áður en hópmeðferðin hófst og síðan í lok meðferðar. Meðaltalið fyrir meðferð var 5,83 stig (4 – 9 stig) og eftir 3,83 stig (2 – 6 stig). Sjálfsmatið breyttist úr miðlungsalvarlegu þunglyndi í vægt eða ekkert þunglyndi eftir hópmeðferðina.

- MADRS – Montgomery-Aasberg Depression Rating Scale, sem er mat læknisins/ hjúkrunarfræðingsins á þunglyndiseinkennum, var einnig gert fyrir meðferð og í lok meðferðar.

Meðaltalið lækkaði þar úr 21,3 stigum (15 – 30 stig) og í 13,2 stig (9 – 18 stig).

Hérna lækkar meðaltalið líka úr miðlungsalvarlegu þunglyndi og í vægt þunglyndi eða ekkert þunglyndi (<9).

Erfitt er að meta marktækni í svo smáum hópi, en tölfræðilegir útreikningar voru gerðir og var 2-tailed marktækni var 0,022 fyrir GDS og 0,046 fyrir MADRS og telst það marktæk breyting á þunglyndiseinkennum.

Þessar niðurstöður samrýmast okkar tilfinningu, því bæði urðu umræður fjörugri eftir því sem á leið og flestar þessara öldruðu kvenna, sem þátt tóku, voru greinilega mun léttari í lund og virtist líða betur. Um leið og þær komu skýrar fram með sína persónu í hópnum, var eins og sjálfsmat þeirra styrktist. Þær komust að því, að í raun og veru er svo margt, sem þær eiga sameiginlegt og geta lært hver af annarri.

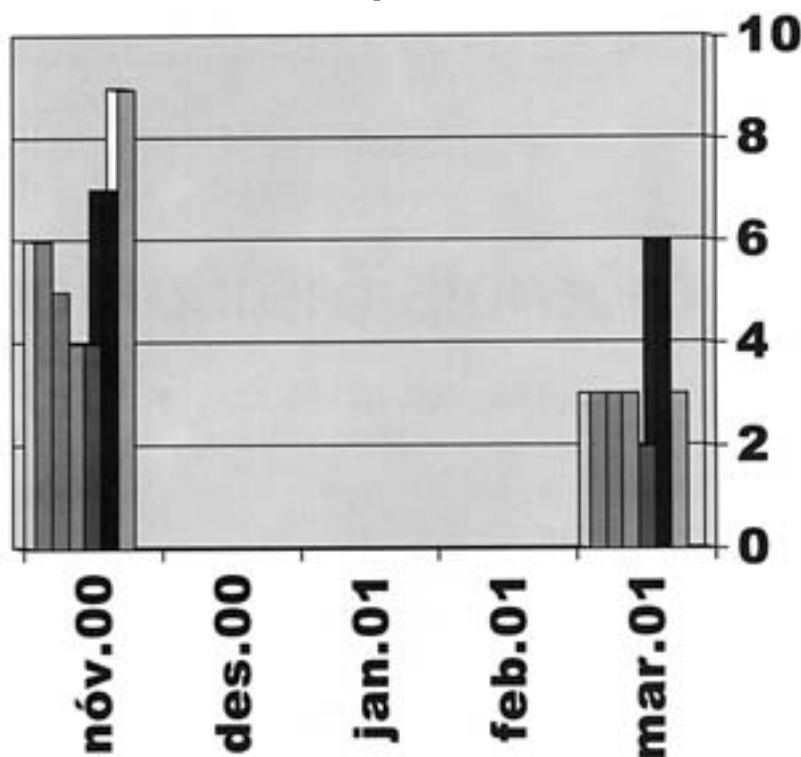
Engar lyfjabreytingar urðu á meðferðartímanum og sérstaklega voru þunglyndislyfin höfð óbreytt á þessum 5 mánuðum.

Á lokafundinum tjáðu þær sig allar um að fundirnir hefðu verið skemmtilegir, enda oft mikil kátína á fundum og hlegið dátt. Þeim þóttu fundirnir líka spennandi og gagnlegir.

Hér er ekki um vísindalega rannsókn að ræða, heldur fyrst og fremst verið að finna meðferðarform,

Hópmeðferð aldraðra GDS

Geriatric Depression Scale



Að meðaltali 5,83 verða að 3,33

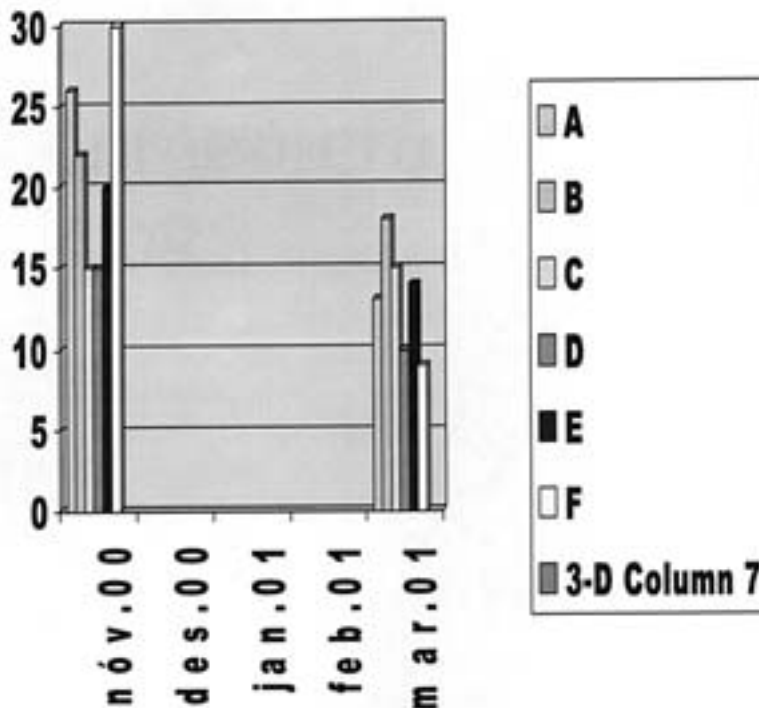
sem hentar öldruðum á vistheimili með þunglyndis- og kvíðavanda- má. Niðurstaðan og klínískt mat okkar Soffíu, gefa eindregnar vís- bendingar um að skammtíma hóp- meðferð með því meðferðarformi, sem notað var hér var notað og lýst er að ofan, hentar vel, sem meðferð við þunglyndi. Auk þess dregur slík meðferð úr einangrun og einmana- leika. Hópmeðferð ætti því að vera kærkomin viðbót við lyfjameðferð í meðferð við þunglyndi aldraðra.

Heimildir

1. H.G.Koenig et al. Assessing Diagnostic Approaches to Depression in Medically Ill. Older Adults. JAGS 43:472-478, 1995.
2. B.D.Lebowitz,J.L.Pearson et a.l. Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life.JAMA Oct.1997-Vol.278, No.14
3. G.S.Alexopoulos et al. Disability in Geriatric Depression.Am.J.Psychiatry 1996 – 153 877-885.
4. D.Koder et al. Cognitive Therapy for Depression in the Elderly.Int.J.Geriatr.Psychi- atry 1996 - 11, 97-107.
5. G.Niederehe. Psychosocial treatments with depressed older adults.
6. S.H.Foulkes Group-Analytic Psychotherapy; Methods and Principels. 1975, London Gordon and Breach.
7. Sigmund Karterud. Gruppeanalyse og psyk- odynamisk gruppepsykoterapi, Pax Forlag A/S,Oslo 1999.
8. D.S. Whitaker. Using Groups to Help People, London; Routledge & Kegan Paul.
9. I. D.Yalom. The Theory and Practice of Group Psychotherapy, New York:Basic Books 1970.
10. L. L.Sank and C.Shaffer. A Therapist's Manual for Cognitive Behavior Therapy in Groups. Plenum Press.New York 1984
11. I. Burnside. Thmes in Remniscence Groups with Older Women. Int.J.Aging and Human Development,Vol.37(3), 177-189, 1993.
12. E.J.Klausner. Late – Life Depression and Functional Disability: The Role of Goal-Foc- used Group Psychotherapy. Int.J.Ger.Psychi- atry 13, 707 – 716, 1998.

Hópmeðferð aldraðra MADRS

Montgomery-Aasberg Depression Rating Scale



Að meðaltali: 22 stig verða 15 stig

Við styrkjum
Öldrunarfræðafélag Íslands:

